



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Resiliência e funcionalidade em idosos
institucionalizados: estudo comparativo entre idosos
participantes em sessões de psicomotricidade e não
participantes**

Dissertação de mestrado

Marisa Lopes Vieira

5140037

Professora Orientadora: Professora Doutora Alda Mourão

Coorientadora: Mestre Dina Tavares

Leiria, março, 2016

A psicomotricidade é um caminho que abre possibilidades aos idosos de encontrarem outras formas de fazer, outras maneiras de pensar, outros sonhos a realizar (...), aprendendo a envelhecer com felicidade e prazer.

Velasco

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao Pedro,
Ao Instituto Politécnico de Leiria,
À Faculdade de Motricidade Humana,
Às orientadoras, Professora Doutora Alda Mourão e Mestre Dina Tavares,
Às minhas colegas de turma,
À psicomotricista Inês Antunes,
Às instituições que tornaram possível esta investigação,
E a todos os outros que de forma indireta contribuíram para a conclusão desta
dissertação.

ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

EAGR – Escala de Avaliação Global de Resiliência

IB – Índice de Barthel

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

O envelhecimento é um fenómeno normal, gradual, progressivo e global que se traduz em modificações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que ocorrem ao longo do tempo (Figueiredo, 2007). Estas modificações podem alterar a funcionalidade do idoso, ou seja, a sua capacidade de gerir a sua vida de forma independente e autónoma, concretizando as atividades do quotidiano (Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa, 2014). A forma de lidar com o envelhecimento irá depender da capacidade de superar as adversidades de forma positiva, isto é, da capacidade de resiliência (Anaut, 2005). A psicomotricidade é uma área que intervém com a pessoa, associando o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes (Fonseca, 2001), abrangendo os aspetos motores, cognitivos e emocionais. Assim, esta investigação pretende compreender em que medida a participação em sessões de psicomotricidade interfere na resiliência e na funcionalidade, considerando um grupo participante e um não participante, e analisar a relação entre resiliência e funcionalidade mutuamente. Foram aplicados a Escala de Avaliação Global de Resiliência de Jardim (2006), o Índice de Barthel de Mahoney e Barthel, (1965) e um questionário sociodemográfico, utilizando-se o *Software IBM SPSS Statistics* (versão 22.0) para a análise estatística. Concluiu-se que 50% da amostra apresenta uma capacidade de resiliência elevada e a média de funcionalidade corresponde a dependência moderada. O grupo participante nas sessões apresenta valores superiores de resiliência e de funcionalidade, em relação ao não participante.

Palavras-chave: Envelhecimento, resiliência, funcionalidade, psicomotricidade.

ABSTRACT

Aging is a normal, gradual, progressive and global phenomenon that translates into biological, psychological, social and cultural changes that occur over time (Figueiredo, 2007).

These changes may alter the functionality of the elderly, that is, their ability to manage their lives independently and autonomously, fulfilling the everyday activities (Barbosa Almeida, Barbosa and Rossi- Barbosa, 2014). The way to deal with aging will depend on the ability to overcome adversity in a positive way, that is, the resilience (Anaut, 2005). The psychomotor therapy is an area that the person involved linking the body, the brain and surrounding ecosystems (Fonseca, 2001), including motor, cognitive and emotional aspects. Thus, this research aims to understand to what extent participation in psychomotor sessions interferes with resilience and functionality considering a participant group and a non-participant, and analyze the relationship between resilience and functionality mutually. It was applied the Escala Avaliação Global Resiliência (Jardim e Pereira, 2006), Barthel Index of Mahoney e Barthel, (1965), and a sociodemographic questionnaire, using *IBM SPSS software statistics* (version 22.0) for a statistical analysis.

It was concluded that 50 % of the sample has a high resilience and the average functionality corresponds to moderate dependency. The group participating in the sessions has higher values of resilience and functionality.

Key-words: Aging, resilience, functionality, psychomotor therapy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

1. ENVELHECIMENTO 5

1.1. CONCEITO 5

1.2. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ENVELHECIMENTO ATIVO 6

1.3. INSTITUCIONALIZAÇÃO 9

2. RESILIÊNCIA 12

2.1. CONCEITO 12

2.2. FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO 15

2.3. RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO 20

3. FUNCIONALIDADE 22

3.1. CONCEITO 22

3.2. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE 24

4. PSICOMOTRICIDADE 26

4.1. CONCEITO 26

4.2. PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL E PSICOMOTRICIDADE INSTRUMENTAL 28

4.3. FATORES PSICOMOTORES 29

PARTE II – METODOLOGIA

5. O ESTUDO 31

5.1 PRESSUPOSTOS 31

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA 32

5.3 TIPO DE ESTUDO 36

5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 37

5.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 39

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 40

6.1 RESILIÊNCIA NA AMOSTRA	40
6.2 RESILIÊNCIA NOS GRUPOS PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE	46
6.3 FUNCIONALIDADE NA AMOSTRA	51
6.4 FUNCIONALIDADE NOS GRUPOS PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE	56
6.5 RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E FUNCIONALIDADE NA AMOSTRA	59
6.6 RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E FUNCIONALIDADE NOS GRUPOS PARTICIPANTE NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE	60
7. CONCLUSÃO	63
FONTES DE INFORMAÇÃO	67
ANEXOS	76
ANEXO I – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	77
ANEXO II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	78
ANEXO III – EAGR (JARDIM E PEREIRA, 2006)	79
ANEXO IV – IB (MAHONEY E BARTHEL, 1965)	80

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Grau de resiliência da amostra 41

FIGURA 2 Diagrama de extremos e quartis do valor numérico de resiliência 46

FIGURA 3 Grau de funcionalidade da amostra 52

FIGURA 4 Diagrama de extremos e quartis do valor numérico da funcionalidade 57

FIGURA 5 Diagrama de dispersão - resiliência e funcionalidade na amostra 59

FIGURA 6 Diagrama de dispersão - resiliência e funcionalidade nos grupos I e II 61

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	Caracterização global da amostra (variáveis sociodemográficas)	34
QUADRO 2	Caracterização dos grupos I e II	35
QUADRO 3	Valor numérico de resiliência e variáveis sociodemográficas	42
QUADRO 4	Itens da EAGR	44
QUADRO 5	Média das respostas obtidas nos itens de EAGR	46
QUADRO 6	Grau de resiliência grupos I e II	47
QUADRO 7	EAGR grupos I e II	48
QUADRO 8	Valor numérico de funcionalidade e variáveis sociodemográficas	53
QUADRO 9	Itens do IB	55
QUADRO 10	Grau de funcionalidade da amostra	57
QUADRO 11	Itens do IB – grupos I e II	58
QUADRO 12	Correlação Pearson: resiliência e funcionalidade - amostra	60
QUADRO 13	Correlação Pearson: resiliência e funcionalidade – grupos I e II	61

INTRODUÇÃO

A presente investigação, realizada no âmbito do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, do Instituto Politécnico de Leiria, tem como tema “Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes”.

O processo de envelhecer é caracterizado por uma deterioração global que ocorre de modo progressivo em vários níveis, verificando-se perdas psicológicas, sociais e psicomotoras (Barreiros, 2006). Estas alterações não são generalizáveis pois o envelhecimento é um processo heterogéneo e, também a forma de o encarar e de se adaptar às mudanças que lhe são inerentes, é diferente de idoso para idoso. Independentemente das alterações que ocorram, é importante que a pessoa detenha a capacidade de superar as adversidades que vão surgindo ao longo da vida, capacidade esta que é definida em psicologia como *resiliência* (Afonso, 2012).

A resiliência baseia-se numa abordagem multifatorial e refere-se à “capacidade de sair vencedor de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada” (Anaut, 2005, p. 11). Esta capacidade permite que o idoso ultrapasse as modificações que vai vivenciando, encontrando estratégias para lidar com elas e se adaptar de forma positiva.

Recorrendo ao Instituto Nacional de Estatística (INE), é conhecido o aumento do número de pessoas pertencentes à classe etária acima dos 65 anos, verificando-se também o incremento da longevidade (INE, 2014). Estes ganhos podem não significar que o idoso viva mais tempo, mantendo a sua qualidade de vida (Pereira, 2004), sendo necessária a oferta de soluções adequadas às suas necessidades e que contribuam para a manutenção ou melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do quotidiano, ou seja, da sua *funcionalidade*.

A funcionalidade resulta da interação entre as variáveis individuais que incluem a saúde física e mental, as capacidades cognitivas, a afetividade, a qualidade de vida e a autoeficácia, e as variáveis ambientais, como as condições habitacionais e o ambiente social (Azeredo, 2011).

Face às estatísticas e previsões relativas ao envelhecimento, em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o conceito de *envelhecimento ativo*. Este conceito visa a manutenção da qualidade de vida do idoso, bem como a sua participação ativa na sociedade, sendo criadas políticas sociais e de saúde que o permitam mais facilmente. Assim, pretende-se que a vivência do processo de envelhecimento possa ser enriquecedora, não só para o idoso, como também para a família e restante sociedade.

Uma das políticas sociais criadas refere-se à construção de instituições que acolhem o idoso de forma permanente (Segurança Social, 2015), a fim de lhe prestar o apoio necessário em tudo aquilo que seja indispensável para a manutenção da sua qualidade de vida. Como tal, cruzando o aumento do número de idosos com a importância de contribuir para que vivam um envelhecimento ativo, também nos casos em que estão institucionalizados, importa permitir o acesso a terapias holísticas que avaliem a pessoa e criem planos adaptados a cada um, tendo em conta as suas necessidades e características individuais, podendo atuar grupal ou individualmente.

Partindo das considerações anteriores e com o intuito de contribuir para o envelhecimento ativo, para o desenvolvimento da resiliência e da funcionalidade, a fim de contribuir para uma boa qualidade de vida, surge a pertinência da abordagem nesta investigação, da atuação da *psicomotricidade*¹, enquanto potencial área de intervenção com o idoso.

A psicomotricidade pode ser definida como “o campo transdisciplinar que estuda as relações e influências recíprocas e sistémicas entre psiquismo e motricidade” (Fonseca, 2005b, p.25), tendo como finalidade “associar o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos símbolos e conceitos, ou numa linguagem mais neurocientífica, associar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes.” (Fonseca, 2001, p.10).

A intervenção psicomotora pode ser dirigida a todas as idades, em âmbito preventivo, educativo ou terapêutico. Quando destinada ao idoso, possibilita que a perda de material neurológico seja atenuada, pode contribuir para o aumento da capacidade cognitiva, permite o desenvolvimento dos fatores psicomotores², ao mesmo tempo que torna os movimentos mais eficientes e uma melhor tonificação muscular. Para além disso, permite

¹ Surgiu em Portugal a partir da licenciatura em Educação Física na Faculdade de Motricidade Humana, na década de 80, do século XX (APP, 2015).

² Consideram-se fatores psicomotores a tonicidade, a equilibração, a lateralização, a estruturação espaciotemporal, a noção do corpo, a praxia global e a praxia fina (Fonseca, 2010).

também o trabalho a nível das competências relacionais e emocionais. Assim, a intervenção psicomotora destinada ao idoso permite, no global, contribuir para a sua qualidade de vida (Río, 2004).

É possível estabelecer diversas pontes entre a resiliência e a intervenção em psicomotricidade. Ambas as aplicações visam o indivíduo, os seus comportamentos e as questões relacionais. Pretende-se desenvolver, entre outros aspetos, elementos psicológicos (por exemplo a autoestima e a autoconfiança), a autonomia e independência, a resistência às adversidades, as competências sociais e a gestão de emoções. (Anaut, 2005; Fonseca e Martins, 2001; Almeida, 2013). Para além disso, a intervenção psicomotora destinada ao idoso, visa a prevenção e melhoria de eventuais limitações funcionais, potenciar habilidades e competências, aspetos que estão na base do desempenho de atividades, nomeadamente as AVD's (Núñez e González, 1997).

Com base nas opiniões anteriores, torna-se pertinente compreender em que medida a participação em sessões de psicomotricidade interfere na resiliência e na funcionalidade de idosos, considerando um grupo participante e um não participante, sendo esta a questão de partida deste estudo. Os objetivos gerais da investigação prendem-se com a comparação do grau de resiliência e do grau de funcionalidade entre dois grupos de idosos institucionalizados, um grupo participante em sessões de psicomotricidade e um não participante, e com a verificação da relação entre resiliência e funcionalidade. Este é um estudo do tipo exploratório-descritivo, pois não pretende a generalização de resultados, mas sim identificar relações entre as variáveis em análise. No que se refere à metodologia, esta é predominantemente do tipo quantitativo, contando também com uma abordagem qualitativa.

A presente dissertação inicia-se com a introdução, seguindo-se uma estruturação de três partes principais: na Parte I - *Revisão da literatura*, são abordadas as palavras-chave da investigação, que correspondem aos principais conceitos analisados: envelhecimento, resiliência, funcionalidade e psicomotricidade. Por seu turno, na Parte II - *Metodologia*, são identificadas as questões a que se pretende responder com o estudo, os seus objetivos, as hipóteses a averiguar, os instrumentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise de dados e, por fim, as informações relativas à população e amostra. A Parte III - *Apresentação e discussão de resultados*, caracteriza-se pela exposição dos

dados obtidos e pela comparação com referências bibliográficas, incluindo outros estudos. Por fim, a *Conclusão*, onde são apresentadas as principais conclusões obtidas da investigação, procurando-se responder às questões inicialmente colocadas.

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

No presente capítulo será elaborada a revisão da literatura relacionada com a investigação. Esta revisão consiste na seleção e análise de documentos que abordem os assuntos a investigar. Com a revisão da literatura pretende-se centrar o problema, informar os leitores relativamente ao conhecimento existente sobre o mesmo, e obter orientações sobre o planeamento da investigação (Coutinho, 2013). Como tal, serão abordados os principais conceitos relacionados com o tema: envelhecimento, resiliência, funcionalidade e psicomotricidade.

1. ENVELHECIMENTO

No presente capítulo serão abordadas algumas noções relativas ao envelhecimento, começando pela explicação do conceito, passando pela distinção entre as conceções envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, terminando com aspetos relativos à institucionalização do idoso em estruturas residenciais.

1.1 CONCEITO

O envelhecimento, de acordo com Figueiredo (2007), é um fenómeno normal, gradual, progressivo e global que se traduz em modificações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que ocorrem ao longo do tempo. Este é um processo individual que se manifesta de forma diferente em cada pessoa, apesar de haver uma tendência para considerar os idosos como um grupo homogéneo (Cozinheiro, 2009). A heterogeneidade de características associadas ao envelhecimento resulta da conjugação própria de diversos fatores da pessoa, dos quais se podem destacar os intrínsecos (genéticos) e os extrínsecos (ambiente) (Dry, 1978).

A complexidade associada ao envelhecimento resulta na dificuldade em estabelecer uma idade, que seja consensual e adequada a todas as populações, relativa ao momento de entrada nesta fase da vida, ou seja, a idade a partir da qual se é considerado idoso. Em âmbito formal, nos países desenvolvidos considera-se o marco dos 65 anos a partir dos quais a pessoa passa a fazer parte do grupo idoso (OMS, 2010), coincidindo com a entrada

na reforma (Alaphilippe e Bailly, 2013). Contudo, a noção de velhice³ revelada pelos indivíduos, é variável entre diferentes países. Também as terminologias utilizadas, tais como, sénior, reformado, velho e idoso, variam mediante os conceitos de idade e estatutos associados às diferentes categorias etárias da sociedade (Alaphilippe e Bailly, 2013).

O processo de envelhecer, de cariz biopsicossocial, pode ser classificado em normal ou patológico. O percurso normal (senescência) é caracterizado por alterações típicas no envelhecimento em que não existem impactos negativos acentuados na funcionalidade do idoso e, consequentemente, é mantida a qualidade de vida, em contraste com o envelhecimento patológico, que é caracterizado por um período de senilidade, no qual a pessoa pode apresentar debilidade resultante da conjugação de diversos fatores (intrínsecos e extrínsecos) que vão afetar a sua qualidade de vida e funcionalidade (Soares 2005; Bodstein, Lima e Barros, 2014).

O envelhecimento, para além de apresentar diferenças a nível interindividual (originadas pelos fatores individuais, sociais e culturais), também revela variações intraindividuais. Estas disparidades intraindividuais evidenciam-se nos níveis psicológico, biológico e sociológico, uma vez que o envelhecimento dos diversos sistemas não se processa todo do mesmo formato e ao mesmo ritmo. É fundamental ter em consideração a história de vida de cada pessoa, em qualquer intervenção realizada com a mesma (Paúl, 2005).

Tendo em conta as variações referidas no parágrafo anterior, associadas ao envelhecer, é necessário que o idoso possua ou desenvolva capacidades de reorganização pessoal, a fim de conseguir gerir as suas novas características e lidar com as perdas das suas próprias capacidades até à perda de pessoas próximas. É relevante que o idoso utilize as suas capacidades presentes para continuar a participar em projetos de vida (Cozinheiro, 2009).

1.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ENVELHECIMENTO ATIVO

As primeiras abordagens ao conceito de *envelhecimento bem-sucedido* surgiram em 1960, referindo-se a mecanismos de adaptação às condições associadas à velhice e à procura de equilíbrio entre as capacidades da pessoa e as exigências ambientais (Fonseca, 2005a). O envelhecimento bem-sucedido corresponde a um envelhecimento positivo,

³ A noção de velhice dos ingleses começa aos 58 anos, para os Cipriotas aos 67, aos 51 para os portugueses e aos 64 para os Belgas (European Social Survey, 2008 citado em Alaphilippe e Bailly, 2013).

produtivo e saudável em que o envelhecer é analisado como um processo evolutivo. Nesta perspetiva, o idoso adapta-se às mudanças inerentes ao envelhecimento biológico e psicológico, encontrando respostas para enfrentar essas mudanças (Sousa e Miranda, 2015).

Em 2002 surge o conceito *envelhecimento ativo*, mais abrangente e operacional, que engloba diferentes aspetos, indo para além das questões diretamente ligadas à saúde, compreendendo também aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, num modelo multidimensional (OMS, 2002). Envelhecimento ativo refere-se ao “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (OMS, 2005, p.13).

Este novo conceito de envelhecimento visa a autonomia física, psicológica e social dos mais velhos, a fim de que se mantenham integrados em sociedades seguras (Ribeiro e Paúl, 2011). Esta nova conceção tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável para todas as pessoas, incluindo as mais frágeis, mais incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005). A palavra “ativo” remete para que o idoso esteja envolvido nas áreas social, cultural, económica, civil e espiritual, promovendo o seu bem-estar, para além do estar ativo fisicamente (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo é influenciado por diversos fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países, e que interagem entre si. Atualmente os fatores determinantes são qualificados como fatores determinantes transversais; fatores determinantes relacionados a aspetos pessoais; fatores comportamentais determinantes; fatores determinantes relacionados ao ambiente social; fatores económicos determinantes; fatores determinantes relacionados ao ambiente físico; fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social (OMS, 2005).

Os fatores determinantes transversais referem-se à cultura e ao género. A cultura é fundamental para a compreensão do envelhecimento ativo, uma vez que abrange todas as pessoas e populações, modelando a forma de envelhecer e todos os outros determinantes do envelhecimento ativo. Para além disso, os valores culturais e as tradições influenciam a forma da sociedade encarar o idoso. Por teu turno, também o género é importante para a adequação de políticas e do seu efeito sobre o bem-estar de homens e de mulheres.

Verifica-se que em muitas sociedades o *status* social e o papel das mulheres é diferente dos homens, o que pode condicionar as suas oportunidades de manter um envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Como determinantes relacionados a aspetos pessoais, destacam-se os fatores biológicos e genéticos, que exercem elevada influência sobre o processo de envelhecimento, uma vez que este representa um conjunto de processos geneticamente determinados, traduzindo-se numa deterioração funcional, progressiva e geral. Apesar disso, a causa de inúmeras doenças não é associada aos genes, mas sim a fatores ambientais e externos (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

Os fatores determinantes comportamentais, que podem contribuir para o envelhecimento ativo, referem-se à adoção de estilos de vida saudáveis e a uma participação ativa no cuidar da própria saúde. A fim de haver um estilo de vida saudável devem evitar-se o tabaco e o álcool, entre outras drogas, e por outro lado, participar em atividades físicas adequadas, ter uma alimentação saudável e utilizar os medicamentos de forma adequada, com o intuito de aumentar a qualidade de vida e longevidade (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

Nos fatores determinantes relacionados ao ambiente social, inclui-se o apoio social, que deve ser adequado a fim de evitar problemas como a solidão, fomentando relações sociais positivas e que ajudem na proteção do idoso. O idoso deve ser respeitado e não podem ser praticados maus tratos ou qualquer tipo de violência contra ele. A educação e alfabetização também são relevantes, devendo ser praticados desde a infância, pois baixos níveis de literacia estão associados a maiores dificuldades durante o processo de envelhecimento (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

Os fatores económicos determinantes referem-se a aspetos do ambiente económico que produzem efeitos consideráveis sobre o envelhecimento ativo. Devem ser praticadas políticas de envelhecimento ativo que visem a redução da pobreza, de modo a permitir o acesso a diferentes bens, nomeadamente a uma alimentação adequada. A proteção social e o acesso ao trabalho são aspetos a considerar neste âmbito económico (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

No que se refere aos determinantes relacionados ao ambiente físico, importa adequar os ambientes à idade, pois pode significar a diferença entre a dependência e a independência durante o processo de envelhecimento. As habitações devem ser seguras, e adaptadas, prevenindo o isolamento social e diminuindo o risco de quedas⁴ (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

Os fatores determinantes associados aos sistemas de saúde e serviço social correspondem à integração de serviços disponíveis para a população, que ajudem na prevenção de doenças e promoção da saúde ao longo da vida, para além de combaterem a discriminação associada à idade. Os serviços devem ser acessíveis em termos de custos e de igualdade de acesso (OMS, 2005; Ribeiro e Paúl, 2011).

Todas as questões abordadas pela OMS relativamente ao envelhecimento ativo devem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas para a população que está a envelhecer. O envelhecimento ativo, ao abranger a promoção da saúde, participação e segurança das pessoas, engloba, assim, preocupações que devem ser analisados pelos diversos setores, em todos os países, criando-se políticas adequadas. O envelhecimento ativo deve ser praticado ao longo do curso da vida (OMS, 2005).

1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO

Em Portugal são diversas as entidades responsáveis pela criação de programas para apoio aos idosos. A Segurança Social é uma dessas entidades, oferecendo respostas de apoio social a idosos, tendo como objetivo promover a autonomia, a integração social e a saúde. A criação de estruturas residenciais para idosos, é exemplo dessas respostas, visando a sua institucionalização, sendo a que é tida em conta na presente investigação. As estruturas residenciais destinam-se ao alojamento coletivo de idosos, sendo a sua utilização temporária ou permanente. São vários os objetivos deste tipo de acolhimento, podendo destacar-se o proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial dos idosos, o contribuir para a estimulação do envelhecimento ativo, potenciar a integração social e preservar e incentivar a relação intrafamiliar (Martins, 2006; Segurança Social, 2015).

⁴ As quedas são uma causa crescente de lesões e até de morte. O comprometimento da funcionalidade, os défices visuais e a falta de estimulação cognitiva são alguns fatores de risco, considerados pela OMS (OMS, 2005).

As estruturas residenciais (lares) para idosos devem ser dotadas de ambientes estimulantes e acolhedores, de forma a permitirem ao idoso a sua livre expressão e a que se mantenha ativo em diversos âmbitos, a fim de manter as suas capacidades, a boa qualidade de vida (Almeida e Rodrigues, 2008) e promover a saúde (Oliveira, Gomes e Paiva, 2011).

Apesar de que as instituições trabalhem no sentido da melhor integração dos seus idosos, é sabido que a institucionalização tem um impacto significativo nas pessoas. Este impacto da institucionalização é variável mediante os motivos que levaram à decisão da institucionalização, decisão essa que pode vir do próprio idoso ou, como também é frequente acontecer, da família mais próxima, nomeadamente os filhos (Almeida e Rodrigues, 2008).

Vários autores se têm debruçado sobre os motivos que levam à institucionalização do idoso, salientando-se a perda de relações de apoio social que têm como consequência a solidão e a diminuição das condições de saúde, o que leva a uma dependência no desempenho das atividades quotidianas (Martins, 2006; Paúl, 2005; Pimentel, 2005). Além disso, a existência de conflitualidade nas relações familiares, o isolamento, as baixas condições habitacionais e económicas, a ausência de redes sociais, o aumento da solidão e a reabilitação de patologias são questões apontadas frequentemente como justificativas da institucionalização dos mais velhos (Pimentel, 2005).

Independentemente das causas atribuídas à institucionalização, é frequente verificar nos idosos sentimentos de perda: perda dos seus espaços e locais, perda e rutura de algumas pessoas da sua rede social e perda/alteração de rotinas (Oliveira, 2014; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Para além destes aspetos negativos, existem outros que podem dificultar a adaptação a esta nova realidade, nomeadamente a diminuição da privacidade, a possibilidade do aumento da incapacidade, o facto de o idoso entender a institucionalização como a sua última trajetória de vida, a sensação de abandono (Martins, 2006) e a privação de projetos pessoais (Junior e Tavares, 2004). Também questões relacionadas com a própria instituição podem dificultar a adaptação, como a não formação adequada dos profissionais que a integram, dificultando a prestação de cuidados (Martins, 2006), a não existência de condições para acolher o idoso e a não oferta dos serviços esperados (Almeida e Rodrigues, 2008).

Contudo, importa salientar que contrastando com as perdas associadas à institucionalização, em alguns casos os aspetos mais evidentes são os ganhos, nomeadamente o aumento da rede social para quem vivia bastante isolado, o ganho da sensação de segurança adquirido pelo constante acompanhamento e prestação de cuidados (Oliveira, 2014) e a possibilidade da criação de novos laços relacionais com outros residentes ou funcionários (Pereira, 2008).

Naturalmente, após a fase inicial de contacto com a realidade da instituição, caracterizada pela adaptação e integração numa nova vida, tende a haver uma conclusão dessa fase passando o idoso a considerar aquela como a sua casa. A instituição deve ajudar nesse processo, garantindo a autonomia, privacidade, direito de escolha, dignidade e independência ao idoso, sempre que possível (Sousa, Figueiredo e Cequeira, 2006).

2. RESILIÊNCIA

Neste capítulo pretende-se fornecer ao leitor, conhecimentos relativos à resiliência. Em primeiro lugar é elaborada a sua definição geral, tendo também em conta a sua avaliação. De seguida, são abordados potenciais fatores de risco e de proteção que possam influenciar o grau de resiliência. O capítulo termina com uma abordagem à resiliência e envelhecimento.

2.1. CONCEITO

Antes de iniciar a abordagem ao conceito resiliência, constructo esse que se baseia, fundamentalmente, em conceções positivas e de proteção do indivíduo, Anaut (2005) apresenta o modelo da vulnerabilidade, correlacionado sobretudo com os aspetos negativos e fatores de risco, tendo sido explorado e desenvolvido até originar a abordagem à resiliência.

A vulnerabilidade corresponde ao estado de menor resistência face a fatores nocivos e eventos de vida agressivos (Anaut, 2005). O termo vulnerabilidade deve ser utilizado quando uma trajetória de vida, anteriormente adaptada, se torna mais vulnerável (Rutter, 1987). A vulnerabilidade pode ser analisada tendo em conta duas abordagens: de acordo com Anaut (2005), poderemos considerar a vulnerabilidade centrada no sujeito, correspondendo à genética e aos recursos da personalidade, mas também analisar esse conceito partindo das características do ambiente, tendo em conta a estrutura familiar e as relações sociais.

Com a evolução de estudos e a constante prática clínica, passou-se de uma abordagem da pessoa, focada nas suas insuficiências e vulnerabilidades que permitia atuar sobretudo nos fatores de risco e na posterior minimização dos seus impactos negativos, para uma análise mais positiva, focada nas capacidades positivas do sujeito, permitindo desenvolver previamente competências que permitam lidar com os obstáculos futuros (Anaut, 2005 e Laranjeira, 2007). Truffino (2010) corrobora esta perspetiva ao referir que o conceito resiliência evoluiu de uma perspetiva negativa, associada à psicopatologia, para uma abordagem positiva, focada nas competências do comportamento adaptativo

dos sujeitos. Esta evolução de pensamento contribuiu, então, para a construção do conceito resiliência (Anaut, 2005) sendo este atualmente associado ao campo da promoção da saúde (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias e Carvalhaes, 2005), do bem-estar e da qualidade de vida (Deep e Pereira, 2012).

Resiliência apresenta a sua origem etimológica a partir do latim *resiliens* (saltar para trás). Ao nível da origem inglesa, surge do termo *resilient* que lhe confere o atributo de capacidade de recuperação (Pinheiro, 2004). O conceito resiliência é aplicado em diferentes áreas. Na física corresponde à resistência de um material a choques fortes e posteriormente, retornar à sua forma original; na metalurgia é associado à capacidade de um material voltar ao seu estado inicial após sofrer pressões deformadoras; em informática refere-se ao facto de um sistema continuar a funcionar mesmo que ocorram algumas falhas nos seus elementos; em medicina a resiliência remete para a capacidade de resistência a uma doença, englobando a capacidade de adaptação (Deep e Pereira, 2012).

Na área da psicologia, a resiliência é, atualmente, associada aos fatores indicadores de uma vida saudável (Yunes, 2003), referindo-se às características e processos inerentes às pessoas e que lhes permite adaptarem-se de forma positiva a situações adversas (Afonso, 2012). Pesca et al. (2005) acrescenta que, para além dos processos intrapsíquicos intrínsecos aos sujeitos, também os processos sociais influenciam a resiliência. Apesar de vários autores apontarem para uma definição de resiliência, esta ainda se encontra em fase de discussão. É de salientar que a resiliência não se refere somente a um indivíduo, mas pode ser aplicada a um grupo de pessoas (Anaut, 2005). Laranjeira (2007) acrescenta que a resiliência pode ser considerada como um conceito complementar ao da vulnerabilidade, já explicado anteriormente. Contudo não nos remete para um pressuposto de invencibilidade, mas sim de flexibilidade e adaptação.

É inevitável abordar a resiliência ponderando acerca de que características será dotada uma pessoa resiliente que lhe permita enfrentar os obstáculos. A pessoa resiliente, de acordo com Tavares (2001) citado por Simões (2005), é alguém que se apresenta entre outros aspetos, flexível, comunicativa, inteligente, autêntica e equilibrada, sobretudo emocionalmente, quando está perante situações adversas.

Diversos autores abordam a complexidade do conceito de resiliência, não somente na sua definição, como também no seu teor e em outros aspetos que a caracterizam. Souza e Cervený (2006) mencionam que a resiliência, ao ser constituída por significados e valores próprios da cultura em que está inserida, é um conceito construído socio-historicamente.

Como tal, e tendo em conta a pessoa resiliente como foi apresentada anteriormente, compreende-se que a resiliência seja um processo que resulta da interação entre a pessoa e o seu meio (Anaut, 2005), não podendo ser considerada uma característica imutável do indivíduo, mas sim variável ao longo do seu desenvolvimento (Laranjeira, 2007). Neste aspeto é possível realizar uma analogia com o modelo ecológico de Brofenbrenner sobre o desenvolvimento humano, dado este modelo defender que as interações com o meio influenciam toda a perceção que o indivíduo realiza do mesmo. Verifica-se, assim, que uma pessoa resiliente, na forma como reage aos eventos, depende das relações com os diferentes contextos em que está inserido e das interações entre eles (Greene, 2014; Pinheiro, 2004).

Passando agora para a avaliação da resiliência, esta não se assume consensual entre os diferentes autores. Enquanto uns consideram que a resiliência deve ser avaliada de forma indireta, nomeadamente através dos fatores de risco e de proteção e da análise da forma como a pessoa responde a uma adversidade (Afonso, 2012), outros arriscam que a ela pode ser avaliada através da aplicação de escalas (Anaut, 2005). Ambas as teorias acabam por convergir uma vez que as escalas utilizadas são construídas tendo em conta os fatores de risco e de proteção que podem contribuir para uma maior ou menor capacidade resiliente (Anaut, 2005). A fonte anterior defende, também, que a avaliação da resiliência pode ser realizada nos meios naturais, por exemplo na escola, o que vai ao encontro da análise do comportamento resiliente (ou não) realizado de forma indireta, a partir da análise da forma como a pessoa responde ao comportamento adverso (Afonso, 2012). Quanto à aplicação de escalas, estas permitem obter o grau de resiliência, que permite avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva em situações de vida hostis (Deep e Pereira, 2012).

2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

São diversos os recursos psicológicos que podem estar na base da capacidade de resiliência da pessoa, recursos que diferem de indivíduo para indivíduo, e até mesmo no próprio indivíduo tendem a apresentar mudanças ao longo da vida (Anaut, 2005). Grotberg (2005), citado por Simões, Matos, Ferreira, Tomé e Diniz (2009), indica que a interação entre os diversos recursos que operam na resiliência é constante, transformando-se ao longo da vida, mediante as adversidades, pois nem estas são estáticas.

A capacidade de resiliência depende da aptidão individual positiva para responder a um risco, justificando-se assim o facto de perante uma adversidade, indivíduos conseguirem lidar satisfatoriamente e outros serem afetados negativamente (Couto, Koller e Novo, 2006).

Os fatores de risco são “variáveis ligadas ao aparecimento posterior de patologias ou inaptações (Anaut, 2005, p.31). Estes fatores atuam sobre o indivíduo, sendo o seu impacto variável, em função das suas características, e da interação entre os indivíduos e o risco (Simões, 2005). Quanto à origem dos fatores de risco, estes podem ser de natureza pessoal, social ou ambiental (Couto, Koller e Novo, 2006).

No envelhecimento, partindo das considerações já iniciadas no capítulo anterior, alguns acontecimentos podem ser considerados de risco, originando assim fatores que tendem a representar um potencial risco para o idoso, como o sentido de utilidade social, a discriminação de que é alvo, o lidar com a morte e o consequente processo de luto, o enfrentar e vivenciar patologias (Anaut, 2005), fatores estes que serão abordados de seguida.

O marco mais comum para a passagem ao estatuto de idoso é a entrada na reforma. Esta passagem representa a transição da categoria de pessoa ativa e produtiva para a do reformado, inativo e improdutivo (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Nesta fase, geralmente ocorrem alterações de rotinas, funções e atividades, mudanças na gestão do tempo e modificações nas redes sociais, que tendem a refletir-se na perda de relações sociais, nomeadamente as do contexto laboral. Todas estas transformações podem gerar na pessoa uma situação de crise, perturbando o seu equilíbrio psicológico (Alaphilippe e Bailly, 2013). Para além dos aspetos anteriores, a vivência da reforma tende a causar

alterações na autoimagem da pessoa e a aumentar dificuldades em encontrar novos papéis e funções na sociedade, muitas vezes devido à estigmatização e discriminação do idoso (Cozinheiro, 2009).

Quando as condições da pessoa estão alteradas significativamente impossibilitando que consiga manter o total controlo das suas atividades diárias, as mudanças de atuação sobre o envolvimento podem assumir duas consequências principais: ou um dos cônjuges passa a assumir diferentes responsabilidades exercidas até então pelo par, ou um filho adulto assume o papel de cuidador e torna-se responsável pelas tarefas que o (s) pai (s) não possa (m) desempenhar (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Assim, também as relações familiares se podem alterar, o que não significa necessariamente que as interações intergeracionais desapareçam, mas tende a existir alteração no teor da interação, bem como na densidade da rede familiar (Pimentel, 2005).

Estas questões que tendem a advir da reforma podem aumentar o sentimento de perda de utilidade social no idoso pois, como foi referido, deixa de estar ativo, muitas vezes alteram-se as funções familiares e o idoso acaba por se render às construções sociais que são realizadas relativamente a esse grupo etário, caracterizadas sobretudo por estereótipos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

O aumento da longevidade é tido como uma conquista da sociedade. Contudo, ao processo de envelhecer e às modificações que o mesmo acarreta é frequentemente atribuída uma conotação negativa, o que leva à discriminação do idoso, dificultando consequentemente a sua integração e participação ativa na sociedade, levando muitas vezes à sua inibição e marginalização (Cozinheiro, 2009).

Ao envelhecimento são atribuídos diversos estereótipos que o levam a ser reduzido a perdas e declínios sucessivos. O termo *ageismo* é cada vez mais utilizado para referir a discriminação contra o idoso, refletindo-se em estereótipos, geralmente, atribuídos a pessoas com mais idade por serem pessoas religiosas, improdutivas, doentes, depressivas, frágeis e senis (Couto, Koller e Novo, 2006). Existem diversas manifestações de *ageismo* no dia-a-dia, sendo disso exemplos a comunicação verbal infantilizada para se dirigir ao idoso, o tom de voz alto e o discurso bastante simples e vagaroso. Estas características devem-se ao estereótipo que existe em relação ao idoso, por se considerar de forma generalizada, que sofre de problemas auditivos e tem menos capacidades intelectuais.

Este tipo de discriminação afeta sobretudo a autoestima das pessoas mais velhas, ao se sentirem particularmente vítimas de *ageismo* (Nelson, 2005), e acaba por influenciar negativamente a forma como o idoso se vê a si próprio.

Com o avançar da idade, o lidar com a morte torna-se cada vez mais frequente, seja de amigos, familiar e/ou até do próprio cônjuge (Anaut, 2005). O luto é um processo normal, necessário para a superação da perda, funcionando como uma reação à quebra de um vínculo, produzindo dor. É fundamental que a pessoa possua capacidades e suporte ambiental para elaborar a perda e a superar, o que pode não ocorrer e dessa forma resultar em consequências negativas para o sujeito (Lopes, Lopes e Camara, 2009). Essas consequências negativas podem vir a ser fatores de risco que afetem a capacidade de resiliência, merecendo particular atenção pois o processo de luto em idosos está associado a impactos prejudiciais em diversos aspetos da saúde de quem o experiencia (Trentini, Werlang, Xavier e Argimon, 2009), nomeadamente o aumento dos níveis de stresse e ansiedade. Há ainda que ter em conta que a heterogeneidade associada ao envelhecimento também se reflete na forma como processam o seu luto, variando mediante o tipo de vínculo que existia com o falecido, a sua idade, a causa da morte (repentina ou devido a doença prolongada), a força interior e a fé do idoso que está em processo de superação da perda (Silva e Ferreira-Alves, 2012). Nestas fases de vida, o apoio social/familiar é importante, quando estas perdas ocorrem em idosos institucionalizados, os técnicos assumem um papel fundamental no acompanhamento do idoso, dando-lhe atenção e suporte necessários (Silva, Carvalho, Santos e Menezes, 2007).

Também as questões relacionadas com a manutenção da saúde ou a chegada de patologias podem ser consideradas fatores de risco que afetam a resiliência. Neste sentido, é relevante salientar que o envelhecimento, ao ser um processo heterogéneo, possibilita a ocorrência de diferenças significativas entre as pessoas no seu estado de saúde (OMS, 2002). Contudo, os idosos tendem a experienciar diversas patologias, mais do que quando comparados com outras faixas etárias, o que tem como consequência a toma de uma variedade de medicação (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006), também ela um fator de risco.

Todos os fatores apresentados são relativos, pois fazem parte de um processo heterogéneo e variável, o envelhecimento.

Ao abordar a resiliência, importa também explicar o conceito de fatores de proteção. Estes fatores correspondem às variáveis que são utilizadas para diminuir ou eliminar os impactos negativos dos fatores de risco, atuando sobre eles e produzindo variados efeitos, nomeadamente a melhoria ou a manutenção do ajustamento. A atuação dos mecanismos de proteção sobre os de risco ocorre pela alteração do significado que o perigo representa para a pessoa ou altera o envolvimento de exposição ao risco (Simões, 2005).

À semelhança do caso dos fatores de risco, também para os fatores de proteção são apresentadas diversas origens, desde os associados às características intrínsecas dos indivíduos até aos ligados ao envolvimento. A autoestima, a autoeficácia e as redes de apoio social e familiar são alguns dos fatores de proteção que podem influenciar a capacidade de resiliência (Afonso, 2012; Alaphilippe e Bailly, 2013; Anaut, 2005; Couto, Koller e Novo, 2006; Pesce et al., 2005; Kessel, 2013), que passaremos a analisar.

Em psicologia, entende-se a autoestima como sendo o valor pessoal e a competência que uma pessoa associa à sua autoimagem, sendo a sua construção, enquanto sentimento positivo, baseada na consciência que o sujeito tem do seu próprio potencial (Anaut, 2005). Pode ser também definida como o apreço e a consideração que alguém tem por si próprio, sendo essencial para o bem-estar individual de cada um (Meurer, Luft, Benedetti e Mazo, 2012), expressando-se pelas atitudes que se tomam em relação a si mesmo (Antunes, Mazo e Balbé, 2011). No que respeita ao envelhecimento, a autoestima é influenciada, sobretudo, pelas ocorrências do dia-a-dia, nomeadamente o convívio social, as relações familiares e a existência de patologias. Torna-se um ponto-chave na saúde e bem-estar psicológico do idoso (Antunes, Mazo e Balbé, 2011).

A autoeficácia corresponde ao julgamento que alguém elabora das suas próprias capacidades para a realização de tarefas em diferentes áreas (e.g. cognitivas e comportamentais), englobando para além das competências, o acreditar no sucesso de realização (Couto, Koller e Novo, 2006), face a objetivos específicos (Silva e Lautert, 2010). A autoeficácia funciona como um preditor individual e profissional dos comportamentos, influenciando os esforços e os compromissos efetuados em relação a determinado acontecimento e é um constructo dependente da autoconfiança (Phillips, Salamonson e Davidson, 2011; Silva e Lautert, 2010).

Relativamente à rede de apoio social, a mesma pode ser definida como o conjunto de trocas interpessoais, incluindo um ou mais dos seguintes elementos: o afeto, a afirmação e a ajuda (Couto, Novo e Koller, 2009). Diversos autores consideram a rede de apoio social como um pilar importante na promoção da saúde e do bem-estar das pessoas, uma vez que pode servir como fonte de autoestima, promotora de vínculos afetivos e de pertença e da sensação de autoeficácia (Couto, Koller e Novo, 2006). No que se refere às mudanças que ocorrem ao longo da vida nas redes de apoio social, são diversas as teorias explicativas. A teoria da seletividade socioemocional de Laura Cartensen, abordada por Couto, Novo e Koller (2009) é uma delas, evidenciando que com o aumento da idade há uma tendência para a diminuição da interação social, havendo uma maior seletividade nas relações, sendo excluídas as mais superficiais. O objetivo é aumentar o envolvimento com os amigos e familiares mais próximos, maximizar os ganhos e diminuir os riscos sociais e emocionais (Couto, Novo e Koller, 2009). Relativamente ao aumento da idade, à alteração da rede de pessoas próximas, e até à modificação dos papéis familiares, estes factos podem contribuir para a diminuição da rede de apoio social, o que poderá influenciar o bem-estar do idoso.

Ainda acerca dos fatores de proteção, são diversos os autores que abordam a questão da sua relatividade (Anaut, 2005; Couto, Koller e Novo, 2006; Felgueiras, Festas e Vieira 2010). Esta relatividade significa que um fator de proteção pode apresentar um valor limitado pois, em algumas situações, pode assumir-se como risco (Felgueiras, Festas e Vieira, 2010). Por exemplo a autoestima, em vez de proteger face a uma adversidade como acontece quando é elevada, quando baixa tende a contribuir para o aumento do impacto negativo do risco. Também as circunstâncias da vida podem contribuir para condicionar os fatores de proteção. Em determinadas fases da vida um indivíduo pode recorrer a um protetor a fim de fazer face a um risco, mas com o aumento da idade essa proteção pode sofrer alterações e o risco passar a causar impacto negativo na pessoa, (Couto, Koller e Novo, 2006). Por exemplo quando o indivíduo que contou ao longo da sua vida com uma rede de apoio social estável, enfrenta de forma significativa as perdas dessa rede, deixando de possuir essa proteção. As características dos fatores de proteção variam de forma individual, dependendo das circunstâncias e das capacidades pessoais dos sujeitos (Anaut, 2005).

2.3 RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO

O estudo da resiliência surgiu inicialmente associado a crianças e adolescentes. Contudo, apesar de continuarem a existir poucas investigações relacionadas com este conceito ligado ao envelhecimento, quando comparadas com outras faixas etárias, tem-se verificado um aumento nos últimos anos (Souza e Cervený, 2006).

Anaut (2005) explica que a resiliência de um indivíduo pode consolidar-se⁵ com a idade através da superação de adversidades, ou, em certos casos pode diminuir devido a acontecimentos traumáticos que vão além da capacidade de adaptação e superação da pessoa. A acumulação de experiências positivas e negativas vai influenciar a capacidade de resiliência do adulto (Truffino, 2010).

Como já foi abordado anteriormente no capítulo dedicado ao envelhecimento, este é um período caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e por alterações nos papéis sociais, estando estas geralmente associadas a traumatismos de diversos tipos, que serão detalhados adiante. Estes traumatismos podem ocorrer ao longo da vida, mas tendem a aumentar com o avanço da idade (Laranjeira, 2007). Apesar disto, o envelhecimento não é considerado um contexto de risco, uma vez que os idosos lhes reagem de diferentes formas acabando por desenvolver capacidades e adotar comportamentos que podem ser classificados como resilientes (Anaut, 2005). A fonte anterior salienta que, à semelhança do que acontece em faixas etárias mais baixas, é necessário efetuar uma análise psicológica individual dos fatores que influenciam a capacidade de resiliência dos idosos. A resiliência em pessoas idosas irá depender da forma como utilizam os recursos pessoais e aquelas que conseguem agir e olhar o mundo para além das suas próprias convicções tendem a ser mais resilientes (Kessel, 2013).

Estudos realizados com idosos verificaram que o grau de resiliência não está relacionado com o género, como conclui o estudo de Henriqueto (2013), realizado com 84 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo 44 idosos institucionalizados e 40 não institucionalizados. Em outros estudos verifica-se um aumento da resiliência em pessoas com maiores níveis de escolaridade, como no estudo de Valada (2011), cuja amostra foi constituída por 97 idosos residentes no distrito de

⁵ No estudo de Valada (2011), verificou-se que pessoas mais novas se apresentavam mais resilientes.

Santarém, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos. Também neste estudo se verificou que o estado civil não tem uma relação significativa com o grau de resiliência.

Na velhice, a resiliência permite, por um lado, a recuperação de situações negativas ou traumáticas, mas também a manutenção ou desenvolvimento de capacidades face à acumulação de desafios. Daí a importância do seu estudo, em particular para esta faixa etária (Couto, Koller e Novo, 2006).

3. FUNCIONALIDADE

Sendo a funcionalidade um dos conceitos analisados nesta investigação, este capítulo terá início com a definição de funcionalidade, seguindo-se aspetos relevantes a ter em conta, acerca de como proceder na sua avaliação e a importância que deve ser considerada.

3.1 CONCEITO

A funcionalidade⁶ (capacidade funcional) engloba todas as estruturas do corpo, as suas funções, atividade e participação, indicando os aspetos positivos que resultam da interação da pessoa com os fatores ambientais (Fontes, 2014; Fontes, Botelho e Fernandes, 2013; Lustosa, Marra, Pessanha, Freitas e Guedes, 2013; OMS, 2003). As estruturas do corpo referem-se às suas partes anatómicas, como os órgãos, os membros e os seus componentes. As funções do corpo correspondem às fisiológicas dos sistemas orgânicos e às psicológicas. Por sua vez, a atividade é a execução de uma ação por parte do indivíduo, e a sua participação, o envolvimento na vida real (OMS, 2004).

A fim de melhor compreender o enquadramento do conceito funcionalidade, importa também definir o de incapacidade, sendo que surgem geralmente associados. A incapacidade refere-se a um ou mais problemas ligados às estruturas e funções do corpo, às atividades, à participação social ou até aos fatores ambientais. Assim, a incapacidade inclui deficiências, limitações nas atividades e restrição à participação. A funcionalidade e a incapacidade funcionam de forma interativa no que se refere às condições pessoais de saúde (doenças, lesões, traumas), aos recursos individuais e ao ambiente (Fontes, 2014; Lopes, Escoval, Pereira, Pereira, Carvalho e Fonseca, 2013)

Estes dois conceitos são definidos e explorados a partir da criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela OMS (2003). Esta classificação é uma ferramenta importante para a descrição e comparação da saúde em populações em contexto internacional (Santos, Lopes, Vidal e Gautério, 2013). A CIF descreve, de forma multidimensional, os aspetos relativos à funcionalidade, sendo o seu

⁶ Em 1982, Lawton foi dos primeiros autores a trabalhar a questão da funcionalidade (Azeredo, 2011).

esquema conceptual baseado num modelo holístico e biopsicossocial sobre a saúde (Fontes, Botelho e Fernandes, 2013).

Diversos autores adaptaram a definição de funcionalidade para a realidade do envelhecimento, uma vez que revela uma particular pertinência nesta fase da vida, pois relembrando o já referido em capítulos anteriores, o período de envelhecimento é caracterizado por perda de capacidades biopsicossociais, que podem ter um maior ou menor impacto no quotidiano das pessoas (Schneider, Marcolin e Dalacorte, 2008).

Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa (2014) e Fillenbaum (1984) referem que a capacidade funcional do idoso corresponde à sua capacidade de gerir a sua vida de forma independente e autónoma, cuidando de si próprio e realizando as tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio, no seu dia-a-dia, com os recursos que lhe são acessíveis. Esses recursos podem estar relacionados com capacidades físicas e/ou mentais ou com os fatores ambientais (Botelho, 2005). Por seu turno, a incapacidade funcional está relacionada com a dificuldade ou necessidade de ajuda para a realização de atividades do quotidiano, estando associada a questões patológicas (Botelho, 2005). Por seu lado, a funcionalidade corresponde à capacidade do idoso realizar as suas atividades do quotidiano (Lueckenotte, 2002).

As atividades do quotidiano (AVD's) podem ser classificadas em dois tipos: atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa, 2014). As primeiras correspondem a atividades de autocuidado, nomeadamente alimentar-se, vestir-se, tomar banho, cuidar da higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlar os esfíncteres e transferências de posição. Por sua vez, as AIVD's correspondem a atividades de integração dos sujeitos no meio envolvente e requerem a organização de rotinas diárias (Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas e Rodrigues, 2013), englobando atividades como utilizar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, utilizar meios de transporte, gerir a medicação e realizar tarefas domésticas (Botelho, 2005), sendo consideradas mais complexas das que as ABVD's⁷ (Pereira, Souza, Carneiro e Sarges, 2014).

⁷ Devido a esta diferença de complexidade, observa-se no idoso inicialmente a privação das AIVD's e numa fase mais avançada da retrogénece perdem-se as ABVD's (Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas e Rodrigues, 2013).

3.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

A avaliação do desempenho que a pessoa revela na concretização das AIVD's e ABVD's, ou seja, a análise da funcionalidade dos idosos e de potenciais incapacidades, é fundamental. A funcionalidade deve ser classificada mediante o grau de autossuficiência no desempenho das atividades do quotidiano, o que se pode manifestar em independência total, independência com recurso a auxiliares mecânicos (como andarilhos e canadianas, que permitem que os obstáculos sejam ultrapassados), ou dependência⁸, que corresponde à necessidade de ajuda frequente de terceiros para a execução de pelo menos uma tarefa. É possível graduar a progressão da disfunção em: independência – ausência de qualquer apoio; autonomia – recurso a apoios mecânicos; dependência – recurso a terceiros; incapacidade – o apoio de terceiros substitui a função (Azeredo, 2011; Botelho, 2005).

No idoso, quanto mais precoce for a avaliação da funcionalidade maior é a possibilidade de se poder atuar nas causas e impactos de possíveis dificuldades e, assim, se reverter a situação de forma mais eficaz (Schneider, Marcolin e Dalacorte, 2008), o que se poderá refletir numa maior independência na realização das atividades do quotidiano. Essa independência tem um impacto significativo na vida dos idosos, uma vez que envolve questões emocionais, físicas e sociais (Valcarenghi, Santos, Barlem, Pelzer, Gomes e Lange, 2011).

A avaliação dos limites e das capacidades dos idosos permite colocar em prática intervenções mais apropriadas que tendem a ser mais eficazes (Fontes, Botelho e Fernandes, 2013; Lueckenotte, 2002; Dantas, Bello, Barreto e Lima, 2013) e a definir melhores cuidados de saúde (Lopes, et al. 2013). Contudo, é de salientar que a avaliação da funcionalidade deve ser interdisciplinar (Pereira, Souza, Carneiro e Sarges, 2014), elaborada por uma equipa técnica constituída por profissionais de diversas áreas, como terapeutas, enfermeiros e médicos.

Analisando alguns estudos realizados com idosos, verifica-se que a funcionalidade tende a diminuir com o aumento da idade (Lopes, et al. 2013; Silva, 2010). Quanto ao género,

⁸ A dependência no idoso aumentou de forma exponencial nos últimos anos devido à deterioração do processo de envelhecimento, no qual as perdas se aliam aos medos crescentes (Azeredo, 2011).

estudos indicam que as pessoas do género masculino que apresentam menor grau de funcionalidade, como é o caso do estudo de Silva (2010), no qual participaram 30 indivíduos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 60 e 84 anos, não institucionalizados.

4. PSICOMOTRICIDADE

Este último capítulo relativo à psicomotricidade inicia-se, à semelhança dos anteriores, com a definição do conceito. Segue-se a abordagem das possíveis áreas da aplicação desta intervenção, havendo uma posterior distinção entre a psicomotricidade de cariz mais relacional e a psicomotricidade instrumental. Por fim, serão explicitados sumariamente os fatores psicomotores.

4.1 CONCEITO

A psicomotricidade⁹ consiste numa terapia de mediação corporal que permite que os sujeitos possam capacitar ou aumentar as suas aptidões de ser e agir, através do corpo, em relação com o que o envolve e consigo próprio, utilizando, para isso, o movimento. Desta forma, é possível que as pessoas descubram o prazer sensório-motor a partir do movimento, mas também da regulação tónico-emocional. Isto torna possível um posterior desenvolvimento harmonioso dos mecanismos simbólicos, tanto num envolvimento lúdico como relacional. A psicomotricidade é uma área que encara o ser como um todo, tendo em conta as suas capacidades motoras, emocionais e mentais que funcionam integrada e coordenadamente (Fonseca e Martins, 2001).

A intervenção psicomotora não valoriza os segmentos corporais com o objetivo de que se obtenha o alto rendimento físico, nem entende o corpo como um instrumento mecânico que é preciso dominar e que serve para existirem adaptações ao meio. Pelo contrário, foca-se sobretudo na qualidade relacional e na mediatização corporal “visando a fluidez eutónica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização praxica expressiva” (Fonseca, 2001, p.19) de uma pessoa, focando-se nos modelos relacionados com a significação do corpo e da motricidade nas dificuldades que possam surgir, por exemplo, a nível adaptativo e de aprendizagem (Fonseca, 2001).

Indo ao encontro do que Fonseca e Martins (2001) indicam e do que já foi mencionado anteriormente, a intervenção psicomotora é unificadora, pretendendo estabelecer ligações

⁹ A psicomotricidade tem sofrido no nosso país um aumento progressivo das suas possibilidades de atuação e de enquadramento multi e pluridisciplinar, em diversos contextos (Fonseca e Martins, 2001).

entre “o corpo e a mente, o real e o imaginário, o espaço e o tempo” (p.6), contribuindo para o aumento da qualidade da relação do corpo com o envolvimento. A intervenção psicomotora é principalmente destinada a sujeitos que possam progredir através do agir e do investimento do corpo.

No que concerne mais concretamente ao papel inicial e fundamental do psicomotricista, de acordo com Bergés (1985), este intervém na presença das suas crenças próprias, facto que também é influenciado pelas características do sujeito e do grupo com quem trabalha, e essas características condicionam o tipo e a forma de intervenção.

Em suma, a psicomotricidade é uma ciência que encara e tem em conta a observação do sujeito como um todo, do seu corpo em movimento. Assim, para além da observação do movimento, há interpretação da ação desse sujeito no contexto físico e humano, em simultâneo, tendo em conta o dinamismo biopsicossocial (Almeida, 2013).

A intervenção psicomotora tem três grandes áreas de aplicação, sendo elas a prevenção, a educação psicomotora e a terapia psicomotora. A prevenção relaciona-se com a realização de atividades, a fim de estimular o desenvolvimento e/ou prevenir eventuais problemáticas psicomotoras. Relativamente à educação psicomotora, esta refere-se a todas as aprendizagens que o sujeito pode desenvolver, partindo de experiências motoras que requerem também a participação das funções cognitivas. A terapia psicomotora liga-se à reabilitação de pessoas com algum tipo de deficiência/patologia que revelem imaturidade no seu desenvolvimento e funcionamento motor, havendo o objetivo de gradualmente permitir o acesso a níveis mais complexos de funções psicomotoras, dando-se ênfase à dimensão relacional, aos processos comunicativos, socioafetivos, compreensivos e expressivos (Almeida, 2013).

Segundo a Fédération Française des Psychomotriciens (s.d.) verifica-se que algumas das técnicas que podem ser utilizadas em sessões de reabilitação psicomotora, nas diferentes áreas de aplicação, podem ser: técnicas de expressão corporal, de relaxação, reeducativas, jogos espontâneos e de atividade simbólica.

4.2 PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL E INSTRUMENTAL

O foco principal da intervenção psicomotora vai depender das características de cada caso particular. Pode ser uma intervenção centrada na componente *relacional* e psicoafetiva, isto é, apostando no reinvestimento da pessoa, ou focar-se na componente *instrumental*, dando relevância à relação do corpo com os objetos e com as características do envolvimento. Em ambos os casos os instrumentos utilizados para “trabalhar” são o corpo e o seu movimento (Martins, 2001).

Na intervenção focada na componente relacional, Martins (2001) indica que se procuram trabalhar questões ou contrastes de tensão/descontração, prazer/desprazer que vão permitir desenvolver a maturidade emocional do sujeito. A psicomotricidade relacional centra-se nos processos comunicacionais (Almeida, 2013). Nesta vertente relacional da psicomotricidade é valorizada a atividade centrada da pessoa e é dada relevância ao jogo espontâneo, uma vez que se considera que, através do envolvimento da pessoa nesta abordagem, ela pode libertar a sua capacidade de expressão psicomotora, promovendo a motivação e, posteriormente, facilitando a aquisição de competências (Almeida, 2013).

Relativamente à intervenção focada na componente instrumental, Fonseca (1981), citado em Martins (2001), refere que a mesma está mais relacionada com a criação e exposição a situações-problema. O objetivo dessas situações-problema é que, através do êxito obtido na sua realização, se possam desimpedir bloqueios, por exemplo, ao nível da autoestima e autoconfiança. Como indica Bucher (1985), citado em Martins (2001) a complexidade das situações-problema deve ir evoluindo ao longo da progressão do indivíduo, para que se possa aumentar a autonomia e adaptação ao meio, por parte de quem as resolve. Almeida (2013) considera que a vertente instrumental da psicomotricidade é composta pelos fatores psicomotores torna mais simples a sua compreensão, devendo ter-se sempre em conta que continuam a relacionar-se e influenciar-se mutuamente. Na psicomotricidade de cariz mais instrumental trabalha-se sobretudo ao nível da aplicação de situações-problema com o objetivo de desenvolver os fatores psicomotores, e consequentemente o corpo no global.

4.3 FATORES PSICOMOTORES

Como fatores psicomotores a serem trabalhados em psicomotricidade temos a tonicidade, a equilibração, a lateralidade, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e a praxia fina.

A *tonicidade* é a base da organização da psicomotricidade que garante as atividades motoras humanas, uma vez que a motricidade necessita de um estado de tensão ativa e permanente. Permite que existam atitudes, controlos posturais, mímicas e emoções. Para além de permitir essas capacidades, a tonicidade permite que a musculatura esteja preparada para a realização das atividades, reforçando a ideia referida anteriormente de que a tonicidade está na base da organização da psicomotricidade (Fonseca, 2010).

A *equilibração* é composta pelo conjunto das aptidões estáticas e dinâmicas, envolvendo não só o controlo postural, como também o desenvolvimento das aquisições da marcha. Este fator combina a função tónica e propriocetiva, tendo em conta as relações com o meio envolvente (Fonseca, 2010).

Por sua vez, a *lateralização* resulta da especialização dos dois hemisférios cerebrais que está ligada à utilização de instrumentos cada vez mais complexos ao longo da história. O desenvolvimento dos hemisférios dá-se ao longo da ontogénese, e com o avançar da idade, aliado à variedade de experiências vividas e experimentadas, um especializa-se nos conteúdos não-simbólicos e o outro nos simbólicos. É este “jogo” de especialização que origina diferentes resultados ao nível da lateralidade (Fonseca, 2010).

A *noção do corpo* surge a partir do sentido tátil e da integração das partes do corpo, estruturando-se, assim, a partir dos estímulos periféricos e das referências do movimento corporal, cujo produto final são padrões de movimento, síntese e armazenamento de posturas corporais, que são dependentes da experiência e da aprendizagem (Fonseca, 2010).

A *estruturação espaciotemporal*, tal como a noção do corpo, também está associada às funções de análise, síntese e armazenamento de estímulos recebidos pelos analisadores sensoriais. Decorre da organização da lateralização e da noção do corpo, dado que é necessário desenvolver consciencialização interna do corpo antes de se projetarem

respostas para o exterior. É um fator psicomotor que depende da relação de posição e tempo entre os objetos, o espaço e o corpo (Fonseca, 2010).

A *praxia global* compreende as tarefas motoras globais, nomeadamente o pontapear uma bola, englobando vários níveis hierárquicos, que vão desde a tonicidade à estruturação espaciotemporal. Como tal, é um fator que requer uma elevada programação e organização dos fatores psicomotores prévios a este (Fonseca, 2010).

Por fim, a *praxia fina* constitui o último fator psicomotor, sendo um fator complexo que envolve várias capacidades. Requer a reunião dos programas de ação e de capacidade de atenção voluntária. Permite as capacidades manipulativas e depende das capacidades visuomotoras (Fonseca, 2010).

PARTE II - METODOLOGIA

A metodologia é essencial para o auxílio da investigação, definindo os seus objetivos, procedimentos, etapas e técnicas, a fim de orientar o processo de investigação (Ciribelli, 2003). Como tal, neste capítulo serão definidos: a questão de partida; os objetivos gerais e específicos; as hipóteses a considerar; as informações relativas à população-alvo e amostra; o tipo de estudo; e os instrumentos utilizados para a recolha de dados e os respetivos procedimentos. Finalmente, apresentamos os métodos utilizados na análise dos dados/resultados.

5. ESTUDO

5.1. PRESSUPOSTOS

A presente investigação pretende averiguar, como questão de partida, em que medida a participação em sessões de psicomotricidade interfere na resiliência e na funcionalidade de idosos, considerando um grupo participante e um não participante? Para tal, consideram-se como objetivos gerais a alcançar com o estudo, analisar a resiliência e da funcionalidade dos idosos, comparar o grau de resiliência e da funcionalidade entre os dois grupos de idosos (participante e não participante em sessões de psicomotricidade) e verificar a relação entre funcionalidade e resiliência.

Especificamente, pretende-se: avaliar a resiliência de ambos os grupos de idosos; compreender a resiliência em função das características sociodemográficas; comparar os resultados obtidos ao nível da resiliência, nos grupos em estudo; avaliar a funcionalidade dos dois grupos de idosos; compreender a funcionalidade em função das características sociodemográficas; comparar os resultados obtidos ao nível da funcionalidade, nos grupos de idosos; e verificar se existe relação entre resiliência e funcionalidade na amostra e nos grupos em estudo.

Um outro aspeto fundamental para a concretização de uma investigação, é a definição de hipóteses. Oliveira (2007) refere que estas servem como guia para o procedimento metodológico. As hipóteses devem ser encaradas como algo que se pretende comprovar

ou rejeitar com o decorrer da investigação, não devendo o investigador manipular os dados para ir ao encontro dos seus desejos de corroborar ou não as hipóteses formuladas. As hipóteses devem revelar a realidade. Nesta investigação, consideram-se as três hipóteses: 1 – maior capacidade de resiliência corresponde a uma maior funcionalidade e/ou vice-versa; 2 - os idosos que frequentam sessões de psicomotricidade apresentam maior grau de resiliência em relação aos que não frequentam; e 3 - os idosos que frequentam sessões de psicomotricidade apresentam maior funcionalidade em relação aos que não frequentam.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo refere-se aos elementos que reúnem as condições de satisfação dos critérios de seleção definidos previamente pelo investigador (Fortin, 1999). A população do presente estudo refere-se aos idosos institucionalizados em valência “estrutura residencial”, de duas instituições do concelho de Ourém, com idade igual ou superior a 65 anos e que apresentem capacidades cognitivas que lhes permitam responder ao protocolo de avaliação. Ambas as instituições foram seleccionadas pelo facto de o contacto com as mesmas estar facilitado, por já terem existido relações prévias entre as mesmas e a investigadora, em outras ocasiões e por serem duas instituições com características semelhantes.

A amostra é definida como um grupo da população que funciona como que uma réplica da população alvo, devendo possuir as suas características (Fortin, 1999). Para a elaboração desta investigação será definida uma amostra não probabilística, sendo aquela em que é o próprio investigador que define a quantidade de elementos que irá participar no estudo (Oliveira, 2007). Na seleção de uma amostra não probabilística cada elemento não tem igual probabilidade de ser seleccionado para fazer parte da amostra, havendo um risco de esta amostra ser menos representativa da realidade do que a amostragem probabilística (Fortin, 1999). Relativamente ao presente estudo, a amostra é constituída por dois grupos de idosos institucionalizados, um grupo participante em sessões de psicomotricidade composto por 13 elementos (da instituição I, que tem 50 utentes) e um grupo não participante, também formado por 13 elementos (da instituição II, com capacidade para 30 utentes), perfazendo assim uma amostra total de 26 pessoas. A amostra foi seleccionada por conveniência, uma vez que houve necessidade de escolher os

participantes acessíveis e que permitam a realização da pesquisa (Fortin, 1999). Nesta investigação, exigiu-se como pré-requisito que o idoso possua capacidades cognitivas ao nível da comunicação, que lhe permita compreender as questões e responder às mesmas de forma ponderada.

Para a construção da amostra, a investigadora deslocou-se até às duas instituições com a valência estrutura residencial e, após uma reunião com as entidades responsáveis, foram selecionados os idosos acessíveis à participação no estudo. Importa salientar que previamente a esta seleção, foi explicado aos responsáveis os objetivos da investigação e as condições para a participação, tendo sido aceites no consentimento informado (Anexo I), e os idosos selecionados foram informados acerca das condições de participação, tendo sido dada a oportunidade de recusarem participar, caso o entendessem.

Como mencionado, a amostra do presente estudo é constituída por um total de 26 indivíduos institucionalizados em valência estrutura residencial/lar. É constituída por elementos do género masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos. A média de idades da amostra é de 85.31, com um desvio padrão de 6.608. No Quadro 1 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra, obtidas a partir do questionário sociodemográfico (Anexo II).

Quadro 1 – Caracterização global da amostra (variáveis sociodemográficas)

Variável	Categoria	%	Frequência
Género	Masculino	29.92	7
	Feminino	73.08	19
Tempo institucionalização (meses)	0-12	23.08	6
	13-24	30.77	8
	25-36	23.08	6
	37-48	7.69	2
	49-60	15.38	4
Estado civil	Solteiro	7.69	2
	Casado/união facto	11.54	3
	Divorciado	3.85	1
	Viúvo	76.92	20
Religião	Católica	96.15	25
	Outra	3.85	1
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	11.54	3
	Sabe ler/escrever¹⁰	42.31	11
	Ensino primário	34.62	9
	2º ciclo ensino básico	11.54	3
Ajudas técnicas	Cadeira de rodas	7.69	2
	Bengala	23.08	6
	Canadianas	7.69	2
	Andarilho	11.54	3
	Não utiliza	50	13

Relativamente ao *género*, foram inquiridos 19 (73.08%) sujeitos do género feminino e 7 (29.92%) do masculino. Quanto ao tempo de institucionalização, o período que engloba mais idosos é entre os 13 e os 24 meses (30.77%). Neste estudo, 76.92% da amostra coloca o seu estado civil na categoria *viúvo* e 96.15% são da *religião católica*. No que se refere à *escolaridade*, mais idosos (42.31%) estão enquadrados na categoria *sabe ler/escrever*, havendo 11.54% sem escolarização e também 11.54% com o 2º ciclo do ensino básico. Na variável *ajudas técnicas*, 50% da amostra revela não utilizar qualquer tipo e 23.08% utiliza bengala como auxiliar de marcha.

Como mencionado anteriormente, a amostra reparte-se em dois grupos. O grupo I da amostra é constituído por 13 idosos, pertencentes à instituição I, formando o grupo de participantes em sessões de psicomotricidade. Esta instituição oferece regularmente a oportunidade aos seus utentes, de participar em diversas atividades, nomeadamente atividades de animação motora, trabalhos manuais, expressão plástica e atividades intergeracionais e interinstitucionais. Também são garantidas aos utentes atividades religiosas, de acordo com as práticas da igreja católica. As sessões de psicomotricidade são dinamizadas por uma psicomotricista licenciada em reabilitação psicomotora. Nestas sessões são desenvolvidos os fatores psicomotores (tonicidade, lateralidade, equilíbrio,

¹⁰ Na categoria sabe ler/escrever, estão incluídas as pessoas que o sabem fazer, apesar de não ter frequentado a escola.

lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina), bem como competências sociais e emocionais. São realizadas atividades que visam a atuação do corpo através do movimento, atividades essas que são de carácter lúdico. Estas sessões ocorrem uma a duas vezes por semana.

Por seu turno, o grupo II da amostra é também constituído por 13 idosos, pertencentes à instituição II que integra os idosos não participantes em sessões de psicomotricidade. Os utentes desta instituição têm a oportunidade de utilizar alguns equipamentos de ginásio presentes na instituição, realizar trabalhos manuais, participar em atividades religiosas e intergeracionais.

No Quadro 2 podem consultar-se os dados sociodemográficos relativos aos grupos I e II.

Quadro 2- Caracterização dos grupos I e II

Variável	Categoria	Frequência (%)	
		Grupo I	Grupo II
Género	Masculino	1 (7.69%)	6 (46.15%)
	Feminino	12 (92.31%)	7 (53.85%)
Tempo institucionalização (meses)	0-12	5 (38.46%)	1 (7.69%)
	13-24	7 (53.85%)	1 (7.69%)
	25-36	1 (7.69%)	5 (38.46%)
	37-48	0	2 (15.38%)
	49-60	0	4 (30.77%)
Estado civil	Solteiro	0	2 (15.38%)
	Casado/união facto	1 (7.69%)	2 (15.38%)
	Divorciado	0	1 (7.69%)
	Viúvo	12 (92.31%)	8 (61.54%)
Religião	Católica	13 (100%)	12 (92.31%)
	Outra	0	1 (7.69%)
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1 (7.69%)	2 (15.38%)
	Sabe ler/escrever	5 (38.46%)	6 (46.15%)
	Ensino primário	5 (38.46%)	4 (30.77%)
	2º ciclo ensino básico	2 (15.38%)	1 (7.69%)
Ajudas técnicas	Cadeira de rodas	1 (7.69%)	1 (7.69%)
	Bengala	2 (15.38%)	4 (30.77%)
	Canadianas	2 (15.38%)	0
	Andarilho	2 (15.38%)	1 (7.69%)
	Não utiliza	7 (53.85%)	6 (46.15%)

Da análise do Quadro 2 há a evidenciar o facto de no grupo I apenas estar presente um elemento do género masculino, no total dos 13 participantes deste grupo. Para além disso, no grupo II existem 6 sujeitos com maior período de institucionalização, em comparação com o grupo I, no qual não existem idosos institucionalizado mais de 36 meses. No grupo I existem 7 indivíduos com literacia ao nível do ensino primário e do 2º ciclo do ensino básico, existindo 5 sujeitos nestas condições, no grupo II. É ainda de salientar que no grupo I mais idosos não necessitam de ajudas técnicas (53.85%), em relação ao grupo II (46.15%), verificando-se assim menor autonomia na marcha do grupo II.

5.3. TIPO DE ESTUDO

Este estudo irá contar de forma predominante com a abordagem quantitativa, mas será também utilizada a qualitativa. No que se refere à metodologia quantitativa, Oliveira (2007) explica que se relaciona com a quantificação de dados e a sua posterior análise com recurso a métodos de quantificação (e.g. análise estatística). A fonte realça também que os dados obtidos através desta abordagem são isolados e fixos. Por outro lado, a abordagem qualitativa, refere-se à abordagem que pretende explicar a realidade em estudo através da compreensão do significado e das características inerentes à informação obtida através de métodos qualitativos (entrevistas e questionários de resposta aberta). Assim, a informação analisada neste tipo de abordagem não é mensurável através de “números”, apresentando um teor descritivo. Esta abordagem qualitativa é importante de utilizar quando o fenómeno em estudo é complexo e está dependente de informações de cariz mais amplo ou subjetivo (Oliveira, 2007).

5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados da presente investigação, como já referimos, foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR) (Jardim e Pereira, 2008) e o Índice de Barthel (IB) (Mahoney e Barthel, 1965). Todos os instrumentos foram aplicados pela investigadora, sendo as suas questões colocadas verbalmente aos idosos, e registadas as respostas por escrito, pela investigadora.

O questionário sociodemográfico (Anexo II) foi construído pela investigadora, a fim de obter informações gerais sobre os participantes no que diz respeito à sua idade, género, tempo de frequência da instituição, estado civil, religião, escolaridade, utilização de ajudas técnicas e atividades que realizam na instituição, sendo constituído por 7 questões.

A EAGR (Anexo III) tem como objetivo avaliar a resiliência dos sujeitos, estando incluída num conjunto de constructos, que Jardim e Pereira (2006) reuniram em *“Competências Pessoais e Sociais – Guia prático para a mudança positiva”*, considerados como fundamentais para o desenvolvimento de capacidades e competências para a saúde e bem-estar da população. Esta escala permite a obtenção de dados acerca da capacidade individual e atual para lidar com dificuldades. A EAGR é constituída por 8 afirmações cuja resposta é fornecida, partindo de uma escala do tipo Lickert de frequência, que varia entre “nunca” e “quase sempre”. Relativamente ao teor dos itens, podemos assinalar: o primeiro pretende verificar se, perante as adversidades da vida, a pessoa continua a lutar até atingir os objetivos; o item 2 corresponde à capacidade em manter a tranquilidade, mesmo em situações stressantes; a confiança nas próprias capacidades para resolver os problemas refere-se ao item 3; o item 4 permite averiguar se o sujeito tem conseguido superar as adversidades que a vida tem colocado; o conseguir minimizar os efeitos negativos das adversidades é o item 5; o item 6 refere-se ao assumir os problemas na sua real importância, sem os sub ou sobrevalorizar; o item 7 corresponde a averiguar se o indivíduo aceita com serenidade uma situação que não é passível de ser alterada; por fim, o item 8 relaciona-se com o considerar os novos desafios que a vida coloca, como oportunidades para amadurecer.

A cotação da escala processa-se através do somatório dos valores obtidos a cada item da escala, variando entre 8 e 40, sendo a sua interpretação realizada da seguinte forma: valores entre 8 a 21 correspondem a uma capacidade de resiliência baixa; valores entre

22 e 34 referem-se a uma resiliência média; e valores entre 35 e 40 revelam uma capacidade de resiliência elevada (Jardim e Pereira, 2006).

O IB (Mahoney e Barthel, 1965) (Anexo IV) tem como objetivo principal a avaliação do nível de independência da pessoa em relação à realização de um conjunto de dez AVD's (alimentação, vestir/despir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir/descer escadas, transferência cadeira/cama e deambulação (Mahoney e Barthel, 1965). Relativamente à cotação atribuída, são variadas as versões, bem como no que se refere aos pontos de corte a considerar. Como tal, nesta investigação optou-se por utilizar a cotação e os pontos de corte descritos por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) por se tratar de uma validação do IB para a população portuguesa e assim permite a comparação de resultados neste âmbito. A cada AVD é atribuída uma pontuação de 0,1,2 ou 3 sendo que quanto mais elevada for a independência da pessoa na realização da tarefa, maior é a cotação atribuída. De salientar que há itens que têm somente dois níveis de resposta, 0 ou 1, outros aceitam três níveis, podendo responder-se 0, 1 ou 2, e outros assumem como resposta a cotação 0, 1, 2 ou 3. A cotação da escala é realizada a partir do somatório das pontuações atribuídas a cada item. O somatório origina o nível de dependência, variável entre 0 e 20: resultados entre 0 e 8 correspondem a total dependência; entre 9 e 12 referem-se a dependência grave; valores entre 13 e 19 indicam dependência moderada; e finalmente o valor 20 revela independência total (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

Esta escala apresenta como principais vantagens a sua simples e rápida aplicação (Mahoney e Barthel, 1965) e o facto de permitir identificar objetivamente quais as dificuldades que carecem de intervenção. Contudo, alguns estudos revelam que a escala apresenta a limitação de não permitir uma interpretação mais detalhada sobre cada item e de que dois indivíduos possam revelar o mesmo grau de funcionalidade, mas apresentando necessidades efetivamente diferentes (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Os autores anteriores verificaram que este instrumento é adequado para a avaliação da autonomia dos idosos (não institucionalizados, em Portugal), pois apresenta um índice de Cronbach de 0.96 o que lhe confere uma elevada consistência interna. Também nesta investigação se verifica elevada consistência interna, uma vez que o índice de Cronbach é de 0.92.

5.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Numa primeira abordagem aos idosos, foi explicado que se pretendia realizar uma pequena conversa em que seriam elaboradas algumas questões a cada participante, a fim de elaborar um estudo no âmbito do envelhecimento. Nesta abordagem inicial foi, também, esclarecido que a participação era totalmente voluntária e que todas as informações obtidas seriam confidenciais em todas as fases da investigação. Partindo desta informação inicial e da lista de participantes, previamente elaborada em conjunto com o elemento responsável, designado pelas instituições I e II, foram excluídos aqueles que não aceitaram participar.

Após a seleção final dos participantes, a recolha de dados da amostra não participante e da participante em sessões de psicomotricidade decorreu individualmente. Os instrumentos foram aplicados, havendo uma semidiretividade na aplicação dos instrumentos, pois após a formulação de cada questão por parte da investigadora, os participantes respondiam e abordavam outros aspetos. Foram registados os aspetos considerados mais relevantes, sendo que o critério para esse registo se baseou em anotar apenas a parte do diálogo que os idosos apresentavam como justificação à resposta dada a determinado item das escalas, a fim de existir informação que as complementasse.

Em Quivy (1992) verifica-se que a análise de dados é o passo fundamental prévio à elaboração das conclusões, sendo importante a qualidade dessa análise para a maior viabilidade dos resultados.

Para a análise de dados, recorreu-se ao seu tratamento com recurso ao *Software IBM SPSS Statistics* (versão 22.0). Foram utilizados vários recursos deste programa, nomeadamente medidas descritivas, gráficos circulares, diagramas de extremos e quartis, diagramas de dispersão, coeficientes de correlação de *Pearson*, sempre que se pretendeu explorar a associação existente entre duas variáveis quantitativas, coeficientes de correlação de *Spearman*, quando se explorou a associação existente entre uma variável qualitativa (ordinal) e outra quantitativa e o coeficiente de Cronbach para se analisar a consistência interna das escalas. Para as correlações efetuadas, teve-se em conta o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

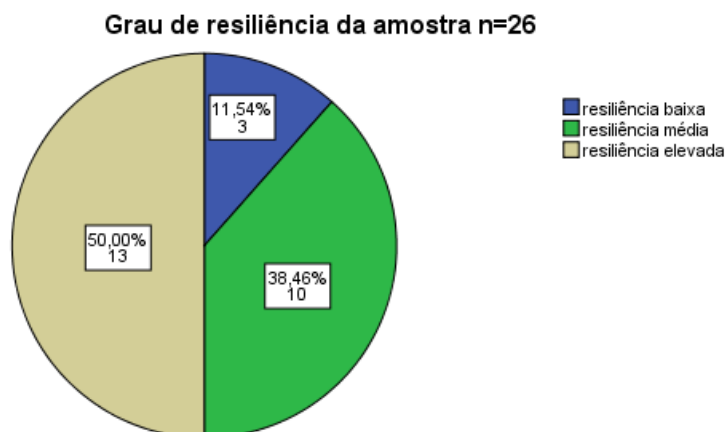
6.1 RESILIÊNCIA NA AMOSTRA

A análise da resiliência elaborada de seguida tem em conta o seu *valor numérico* que varia entre 0 e 40. Na amostra $n=26$, a média do valor numérico de resiliência é de 31.88, o desvio padrão 7.09, o mínimo 20 e o máximo 40.

A fim de analisar o *grau de resiliência* da amostra, que se pode traduzir em *resiliência baixa* (valores entre 8-21), *média* (22-34) ou *elevada* (35-40), podem observar-se os resultados representados no gráfico circular (Fig. 1), decorridos da aplicação da EAGR. Verifica-se que 50% da amostra apresenta um grau de resiliência elevado, 38.46% revela capacidade de resiliência média e 11.54%, resiliência baixa. Apesar de 50% da amostra apresentar grau de resiliência elevado (valores superiores a 35), a média do valor numérico de resiliência é mais reduzida (31.88) pelo facto de o desvio padrão ser significativo.

No estudo de Oliveira, Ribeiro, Formiga e Sousa (2015), com 20 idosos institucionalizados, de ambos os géneros, recorrendo também à avaliação da resiliência a partir da aplicação da EAGR, os autores verificaram que apenas 1 (5%) participante apresentou nível de resiliência elevado, 15 (75%) revelaram resiliência média e 7 (35%) idosos demonstraram resiliência baixa. Como tal, neste estudo concretizado no Brasil, verifica-se que a maior percentagem de inquiridos revela resiliência média, seguindo-se resiliência baixa e por fim resiliência elevada. Pelo contrário, na presente investigação, a maior percentagem de sujeitos tem resiliência elevada, seguida da resiliência média e depois resiliência baixa. A diferença geográfica poderá justificar estas diferenças, mas também a própria dinâmica das instituições, uma vez que não foi possível obter informações relativas às práticas realizadas nas instituições (nem às idades dos idosos participantes) que constam no estudo de Oliveira, Ribeiro, Formiga e Sousa (2015), a fim de as comparar.

Figura 1 - Grau de resiliência da amostra



A capacidade de resiliência elevada reforça a ideia defendida por Anaut (2005), quando afirma que, apesar de todos os declínios associados ao envelhecimento, este não é considerado como um contexto de risco, pois o idoso tende a desenvolver capacidades e adotar comportamentos que podem ser classificados como resilientes.

A fim de verificar a relação entre o valor numérico de resiliência e a *idade*, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, sendo o seu valor -0.364. Como tal, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre resiliência e idade, apesar de este coeficiente -0.364 nos indicar a tendência de diminuição do valor de resiliência com o aumento da idade. Este resultado vai ao encontro dos estudos de: Fortes, Portuguese e Argimon (2009), que concluiu, também, a não existência de correlação entre resiliência e idade; e de Valada (2011), que verificou que pessoas mais novas se apresentam mais resilientes.

De seguida, no Quadro 3, são apresentadas as médias e os desvios padrão do valor numérico de resiliência, considerando as restantes variáveis sociodemográficas.

Quadro 3 - Valor numérico de resiliência e variáveis sociodemográficas

Variável	Categoria	Resiliência	
		Média	Desvio padrão
Género	Masculino	31	7.7
	Feminino	32	7
Tempo institucionalização (meses)	0-12	35	5.7
	13-24	36	6.2
	25-36	32	5.8
	37-48	27	7.1
	49-60	23	3.1
Estado civil	Solteiro	33	9.9
	Casado/união facto	25	7.0
	Divorciado	32	0
	Viúvo	33	6.9
Religião	Católica	32	7
	Outra	40	0
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	29	7.6
	Sabe ler/escrever	31	6.6
	Ensino primário	33	8.5
	2ºciclo ensino básico	36	4.0
Ajudas técnicas	Cadeira de rodas	32	10.6
	Bengala	31	6.2
	Canadianas	39	2.1
	Andarilho	32	9.9
	Não utiliza	31	7.4

Em relação ao *género*, no *feminino* verifica-se uma média superior, concluindo-se que, na amostra em estudo, as idosas apresentam capacidade de resiliência mais elevada do que os idosos. No estudo de Fortes, Portuguese e Argimon (2009) os valores obtidos ao nível da resiliência, também foram superiores no género feminino, em relação ao masculino. Contudo não se verificou uma relação significativa entre o género e a média do valor de resiliência.

Analisando a relação entre o *tempo de institucionalização* e o valor numérico de resiliência, através da observação do quadro e pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, conclui-se que existe uma correlação estatística negativa, uma vez que o coeficiente obtido é -0.680. Assim, verifica-se que o aumento do tempo de frequência na instituição se reflete numa diminuição da capacidade de resiliência. Da observação da tabela conclui-se que indivíduos institucionalizados até um máximo de 12 meses apresentam uma resiliência média de valor 35, contrastando com a média 23 daqueles que estão institucionalizados há mais tempo, entre 49 e 60 meses.

Quanto ao *estado civil*, as categorias *solteiro* e *viúvo* apresentam a mesma média do valor numérico de resiliência (33), ao contrário de *casado/união de facto* tem a média mais reduzida (25). No estudo de Valada (2011) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com cônjuge ou sem cônjuge, e o grau de resiliência.

Analisando a variável *escolaridade* e as médias do valor de resiliência, menor média (29) corresponde ao menor grau de escolaridade - *não sabe ler/escrever*, contrastando com os valores mais elevados de resiliência (36) a coincidirem com maior escolaridade adquirida - *2º ciclo ensino básico*. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Valada (2011) e Balbé (2011), concluindo que quanto maior é a escolaridade, maior é a resiliência. Na amostra do presente estudo, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, verificase que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a resiliência, pois o valor obtido foi $r=0.264$.

Relativamente à *religião* e às *ajudas técnicas*, não há relações significativas a destacar entre as categorias e o valor numérico de resiliência, uma vez que as médias obtidas assumem valores semelhantes nos diferentes parâmetros. A fim de aprofundar a análise da resiliência dos idosos que compõem a amostra, importa também analisar os resultados obtidos pelas respostas dadas em cada item da EAGR (Quadro 4).

Quadro 4 - Itens da EAGR

Item/Categoria	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Perante as adversidades da vida, continuo a lutar até atingir os meus objetivos.	7.69%	3.85%	11.54%	30.77%	46.15%
2. Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade.	26.92%	11.54%	3.85%	26.92%	30.77%
3. Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.	3.85%	3.85%	3.85%	34.62%	53.85%
4. Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.	3.85%	11.54%	0%	19.23%	65.38%
5. Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.	0%	15.38%	15.38%	19.23%	50.00%
6. Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.	0%	15.38%	15.38%	15.38%	53.85%
7. Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.	7.69%	11.54%	0%	23.08%	57.69%
8. Quando a vida me coloca novos desafios considero-os oportunidades para amadurecer.	11.54%	23.08%	7.69%	7.69%	50.00%

Da observação geral do Quadro 4, que apresenta percentagens relativas às respostas obtidas dos 8 itens da EAGR, verifica-se que em todos eles a resposta *quase sempre* é a mais seleccionada. Ainda nessa resposta, aquela que apresenta maior percentagem (65.38%) ocorre no item 4, revelando assim que os sujeitos apesar das adversidades que a vida lhes tem colocado, consideram ter conseguido supera-las.

Pelo contrário, o item que apresenta menor percentagem (30.77%) na categoria *quase sempre* é o 2, verificando-se que os idosos têm mais dificuldades em manter a tranquilidade em situações stressantes. Também neste item 2 ocorre a maior percentagem relativa ao *nunca* (26.92%). Trabalhar a resiliência, sobretudo nos sujeitos que respondem o *nunca* neste item 2, poderá ser significativo, pois como indicam Fang, et al. (2015), a resiliência elevada pode diminuir a influência negativa do stresse sobre o bem-estar físico, emocional e funcional.

Ainda relativamente à análise do Quadro 4, observa-se que no item 5, a categoria *nunca* não é seleccionada, o que significa que os inquiridos conseguem minimizar os efeitos

negativos das adversidades, ainda que tal aconteça *raramente* (15.38%), *algumas vezes* (15.38%), *frequentemente* (19.23%) ou *quase sempre* (50.00%). Também no item 6 a categoria *nunca* surge com ausência total de resposta, sendo a restante distribuída maioritariamente pela *quase sempre* (53.85%), verificando-se que na maioria das vezes os inquiridos assumem os problemas com a importância que realmente têm.

No item 8, 50% dos sujeitos considera que *quase sempre* os desafios da vida são oportunidades para amadurecer. Os restantes itens escolhidos como o *nunca* (11.54%) e o *raramente* (23.08%), podem ser originadas pelo facto de alguns dos inquiridos explicarem que, na sua opinião, com a idade que têm, já não têm nada para aprender pois contam com uma vida longa de experiências. Este item pode remeter-nos para a perspectiva que os idosos poderão ter acerca do seu futuro. Se assim for, ao analisar as respostas, 50% da amostra poderá evidenciar alguma resignação em relação ao futuro, considerando não ter capacidades para aprender algo.

Tendo em conta que a cotação atribuída a cada item da EAGR poderá variar entre 1 e 5, sendo 1 a resposta *nunca* e 5 a resposta *quase sempre*, ao analisar-se o quadro 5 relativo à média obtida em cada item da EAGR, verifica-se que os itens 3 e 4 são aqueles que apresentam média superior, melhores resultados. No item 3, 53.85% dos inquiridos considera que *quase sempre* têm “*total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas*”. Esta afirmação remete-nos para a importância da autoestima elevada (Oliveira, Ribeiro, Formiga e Sousa, 2015), enquanto fator de proteção associado à resiliência, podendo ser uma das fontes que contribui para o grau final de resiliência da amostra do presente estudo. Importa também referir que no estudo de Oliveira, Ribeiro, Formiga e Sousa (2015) envolvendo 26 idosos, a média obtida foi 2.65, e na presente investigação é 4.31 (Quadro 5), o que poderá também auxiliar na compreensão das diferenças encontradas entre ambos os estudos, uma vez que a autoestima mais elevada pode contribuir para a diminuição dos impactos negativos do risco. Ainda relativamente ao item 3, é de referir que 46.17% dos inquiridos não selecionaram a resposta *quase sempre*, sendo mencionado por inquiridos que não necessitam usar as suas capacidades para resolver os problemas, pois são os filhos ou outros familiares, que tomam agora todas as decisões relativas à vida do inquirido. Estas alterações, podem contribuir para o sentimento de perda de utilidade social no idoso, sendo este um fator de risco que pode baixar o grau de resiliência (Anaut, 2005). Relativamente ao item 4, que também

apresenta uma média de 4,31 nas respostas obtidas, os idosos mencionaram que apesar de todas as dificuldades que têm tido na vida, as têm conseguido ultrapassar, de forma mais ou menos fácil.

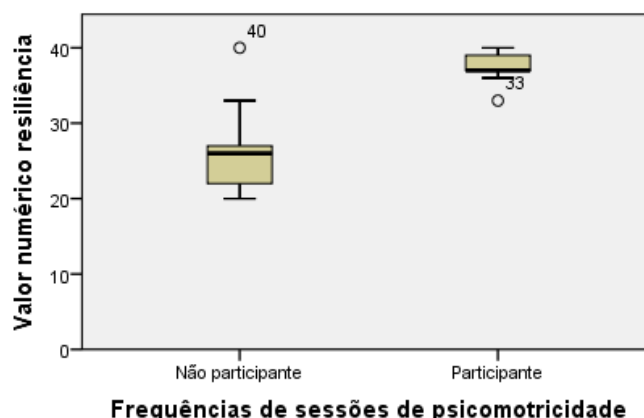
Quadro 5 - Média das respostas obtidas nos itens da EAGR

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8
N Válido	26	26	26	26	26	26	26	26
Média	4,04	3,23	4,31	4,31	4,04	4,08	4,12	3,62

6.2 RESILIÊNCIA NOS GRUPOS PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE

Relativamente ao valor numérico de resiliência, que varia entre 0 e 40, no grupo I a média obtida foi de 37,46 com desvio padrão de 1,860, mínimo 33 e máximo 40. Este mínimo 33 é um *outlier* (valor atípico), observável na Fig. 2, relativamente ao grupo I. O grupo II apresenta média de 26,31, com um desvio padrão de 5,808, mínimo 20 e máximo 40. Este máximo é originado pelo *outlier* que se pode observar na Fig. 2, correspondente ao grupo II.

Figura 2 - Diagrama de extremos e quartis do valor numérico de resiliência



Partindo da análise do Quadro 6, acerca do grau de resiliência, verifica-se que no grupo I, aquele que participa em sessões de psicomotricidade, 92,31% dos sujeitos apresentam capacidade de resiliência elevada e 7,69% revelam resiliência média. Neste grupo não estão identificados casos com grau de resiliência baixa. Por outro lado, no grupo não

participante nas sessões de psicomotricidade, grupo II, verifica-se que 23.08% dos casos indicam capacidade de resiliência baixa, 69.23% resiliência média e, em contraste com o grupo I, apenas 7.69% assumem ter resiliência elevada.

Quadro 6- Grau de resiliência dos grupos I e II

	Grupo I - Participante		Grupo II - Não participante	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Válido resiliência baixa			3	23,08
resiliência média	1	7,69	9	69,23
resiliência elevada	12	92,31	1	7,69
Total	13	100,0	13	100,0

As diferenças encontradas ao nível da resiliência, entre os dois grupos são consideráveis. O grupo I, participante nas sessões de psicomotricidade, engloba mais sujeitos com capacidade de resiliência elevada, apresentando estes valores numéricos de resiliência muito superiores ao grupo II, sendo a média do primeiro (37.46) aproximadamente 11 unidades superior à do segundo (26.31).

Seguidamente será elaborada uma análise comparativa relativamente às respostas, obtidas nos 8 itens da EAGR, entre os dois grupos, partindo do quadro seguinte.

Quadro 7 – EAGR dos grupos I e II

Item/Categoria		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Perante as adversidades da vida, continuo a lutar até atingir os meus objetivos.	I	0	7.69% (1)	15.38% (2)	7.69% (1)	69.23% (9)
	II	15.38% (2)	0	7.69% (1)	53.85% (7)	23.08% (3)
2. Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade.	I	7.69% (1)	7.69% (1)	7.69% (1)	30.77% (4)	46.15% (6)
	II	46.15% (6)	15.38% (2)	0	23.08% (3)	15.38% (2)
3. Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.	I	0	0	0	15.38% (2)	84.62% (11)
	II	7.69% (1)	7.69% (1)	7.69% (1)	53.85% (7)	23.08% (3)
4. Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.	I	0	0	0	0	100% (13)
	II	7.69% (1)	23.08% (3)	0	38.46% (5)	30.77% (4)
5. Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.	I	0	0	0	7.69% (1)	92.31% (12)
	II	0	30.77% (4)	30.77% (4)	30.77% (4)	7.69% (1)
6. Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.	I	0	0	0	7.69% (1)	92.31% (12)
	II	0	30.77% (4)	30.77% (4)	23.08% (3)	15.38% (2)
7. Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.	I	0	7.69% (1)	0	0	92.31% (12)
	II	15.38% (2)	15.38% (2)	0	46.15% (6)	23.08% (3)
8. Quando a vida me coloca novos desafios considero-os oportunidades para amadurecer.	I	0	7.69% (1)	7.69% (1)	0	84.63% (11)
	II	23.08% (3)	38.46% (5)	7.69% (1)	15.38% (2)	15.38% (2)

À primeira afirmação “*Perante as adversidades da vida, continuo a lutar até atingir os meus objetivos.*”, no grupo I, 69.23% dos sujeitos afirmaram que *quase sempre* o praticaram, não havendo idosos na categoria *nunca*. Por outro lado, no grupo II, a maior percentagem (53.85%) é atribuída ao *frequentemente* praticado, havendo registo de 2 idosos (15.38%) que revelaram *nunca* lutar, até atingir os seus objetivos. Assim, 9 idosos do grupo participante nas sessões de psicomotricidade, *quase sempre* lutam para atingir os seus objetivos, mesmo perante adversidades, enquanto no grupo não participante, apenas 3 se inserem nessa categoria. Através da criação de situações-problema nas sessões de psicomotricidade, para que os idosos encontrem forma de as resolver e atingir as soluções, estão a ser desenvolvidas capacidades nos idosos que se podem refletir nesta persistência em ir ao encontro dos objetivos pessoais, que se verifica no grupo I.

Na afirmação 2 “*Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade*”, verifica-se que 46.15% dos indivíduos do grupo I referem manter-se tranquilos *quase sempre*, enquanto apenas 1 afirma *nunca* conseguir manter a tranquilidade em situações stressantes. Por outro lado, no grupo II, 46.15% referem *nunca* manter a tranquilidade e 15.38% optaram pela categoria *quase sempre*. É notório o contraste entre a opção de 46.15% do grupo I pela categoria *quase sempre*, e da mesma percentagem do grupo II ter optado pelo *nunca*. Apesar de ambos os grupos revelarem dificuldades em manter a tranquilidade perante o stress, o grupo I parece ter mais capacidades para o conseguir.

Relativamente à afirmação do item 3 “*Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.*”, no grupo I, 84.62% dos sujeitos optaram pela categoria *quase sempre*. No grupo II, 53.85% indicam a categoria *frequentemente* e existe 1 elemento que refere *nunca* ter total confiança nas suas capacidades. Retomando a questão abordada no subcapítulo anterior, relativamente à possível relação deste item 3 com a autoestima, pode ponderar-se que as diferenças encontradas entre ambos os grupos possam relacionar-se com os resultados obtidos do trabalho desenvolvido nas sessões de psicomotricidade, que procuraram aumentar a autoestima dos seus participantes (Martins, 2001).

Ao item 4, corresponde a afirmação “*Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.*”. No grupo participante em sessões de psicomotricidade (I), verifica-se que a totalidade dos inquiridos considera que *quase sempre* tem conseguido

superar as adversidades. Por seu turno, no grupo II 38.46% optou pela categoria *frequentemente* e 7.69% revela a opção *nunca*. Verifica-se assim que no grupo I a totalidade dos idosos tem uma perspectiva positiva acerca do seu passado, o que não se verifica no grupo II, uma vez que apenas 4 idosos selecionaram a opção *quase sempre*.

À afirmação “*Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.*”, 92.31% do grupo I optou pela categoria *quase sempre* e apenas 7.69% mencionou *frequentemente*. Quanto ao grupo II, 30.77% indicaram que *raramente, algumas vezes, e frequentemente* conseguem minimizar os ditos efeitos. Neste grupo, 7.69% escolheram a categoria *quase sempre*. Este item pode remeter-nos para a autoeficácia, que os idosos sentem, sendo a sua própria capacidade para minimizar as consequências negativas que os problemas podem ter. Assim, o grupo I apresenta uma vantagem bastante significativa (12 indivíduos) em relação ao grupo II (1 sujeito).

À semelhança do item analisado anteriormente, na afirmação “*Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.*”, 92.31% dos inquiridos optou pela categoria *quase sempre*. Tendo em conta o grupo II, 30.77% indicou a categoria *algumas vezes* e a opção *raramente*. Ainda no grupo não participante em sessões de psicomotricidade (II), 15.38% referem que *quase sempre* assumem os problemas na sua real importância.

No que se refere ao item “*Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.*”, 92.31% dos indivíduos (12) do grupo I optaram pela categoria *quase sempre*. No grupo II, no conjunto de *frequentemente e quase sempre*, 9 indivíduos (69.23%) aceitam com serenidade situações que não podem alterar.

Com respeito à última afirmação que compõe a EAGR “*Quando a vida me coloca novos desafios, considero-os oportunidades para amadurecer*”, verifica-se que no grupo I, 84.62% dos inquiridos escolheram a categoria *quase sempre*. No grupo II, no conjunto *raramente* (38.46%) e *nunca* (23.08%), 8 indivíduos consideraram podem amadurecer com a vivência de desafios.

Analisando a diferença entre grupos relativamente à resposta *quase sempre*, uma vez que esta é a mais positiva da EAGR, verifica-se que no item 5 a diferença é a mais significativa (84.62% de diferença). Assim o grupo participante em sessões de psicomotricidade revela

maior capacidade de minimizar os efeitos negativos das adversidades, o que pode ser diretamente relacionado com a resiliência por esta consistir na capacidade de superar as adversidades. Este aspeto pode relacionar-se com o trabalho que é desenvolvido nas sessões de psicomotricidade, que procura, entre outros aspetos, desenvolver as competências relacionais dos sujeitos (Río, 2004), bem como aumentar a sua capacidade de resolução de problemas (Almeida, 2013). Por outro lado, o item 2 é aquele que apresenta uma diferença menos acentuada entre grupos, revelando que nos dois casos os níveis de serenidade em situações mais problemáticas para o sujeito são reduzidos. Contudo o grupo participante nas sessões, apresenta resultados mais positivos, o que indica que as sessões podem contribuir para uma maior manutenção da tranquilidade em situações stressantes.

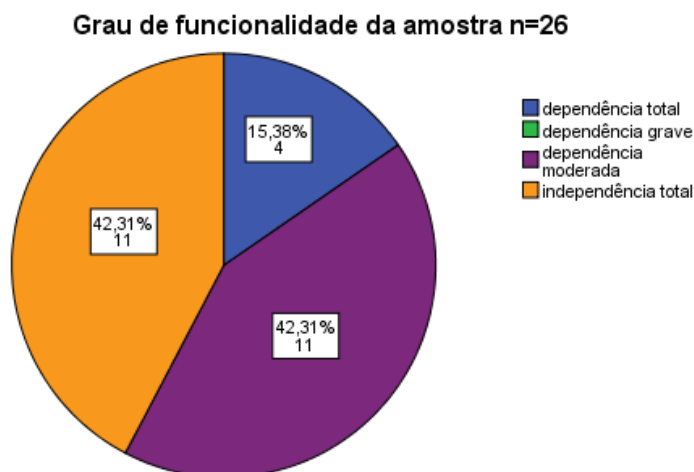
6.3 FUNCIONALIDADE NA AMOSTRA

A análise dos resultados sobre a funcionalidade elaborada de seguida, tem em conta o seu *valor numérico* que varia entre 0 e 20 (0-8 corresponde a total dependência; 9- 12 refere-se a dependência grave; 13-19 indicam dependência moderada; 20 revela independência total). Na amostra, a média deste valor numérico é de 16.12, o desvio padrão 5.76, o mínimo 2 e o máximo observado é 20. Este valor médio corresponde a um grau de dependência moderada da amostra. No estudo de Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), o valor médio de funcionalidade obtido também a partir do IB, foi de 13.3. Esta diferença pode ser explicada por dois fatores importantes, a amostra utilizada pelos autores ser composta por 209 indivíduos, o que é muito superior aos 26 desta investigação e também por os participantes daquele estudo viverem na sua comunidade e os inquiridos desta investigação estarem institucionalizados. Contudo, a literatura associa geralmente esta a institucionalização a um aumento da incapacidade e dependência, o que poderá parecer contraditório (Martins, 2006).

O *grau de funcionalidade*, na amostra da presente investigação, pode traduzir-se em *dependência total*, *grave*, *moderada* ou *independência total*. Observando a fig. 3, conclui-se que 42.31% da amostra apresenta independência total, verificando-se igual percentagem de indivíduos que revelam dependência moderada e dependência total. Não são apresentados dados relativos à dependência grave, o que significa que na amostra não

se apura qualquer caso em que o somatório do IB se tenha localizado entre 9 e 12. Apenas 15.38% da amostra apresenta dependência total no seu grau de funcionalidade.

Figura 3 - Grau de funcionalidade na amostra



Com o objetivo de analisar a relação entre o valor numérico de funcionalidade e a *idade*, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, sendo o seu valor -0.343. Assim, não se assume a existência de uma relação estatisticamente significativa entre funcionalidade e idade, mas pelo valor pode-se afirmar que a funcionalidade diminui com o aumento da idade. Contudo, em alguns estudos, verifica-se que a funcionalidade tende a diminuir com o aumento da idade (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007; Pereira, Carvalho e Fonseca, 2013; Silva, 2010), estando, assim, a dependência associada aos mais idosos (Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa, 2014; Lobo e Pereira, 2007).

De seguida, no Quadro 8, são apresentadas as médias do valor de funcionalidade, tendo em conta as restantes variáveis sociodemográficas.

Quadro 8 - Valor numérico de funcionalidade e variáveis sociodemográficas

Variável	Categoria	Funcionalidade	
		Média	Desvio padrão
Género	Masculino	13	4.5
	Feminino	17	8.2
Tempo institucionalização (meses)	0-12	17	7.2
	13-24	17	4.1
	25-36	18	2.9
	37-48	20	0.7
	49-60	10	8.7
Estado civil	Solteiro	20	0
	Casado/união facto	11	8.1
	Divorciado	19	0
	Viúvo	16	5.6
Religião	Católica	16	5.8
	Outra	20	0
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	19	1.2
	Sabe ler/escrever	17	4.8
	Ensino primário	13	7.4
	2º ciclo ensino básico	20	0.6
Ajudas técnicas	Cadeira de rodas	5	3.5
	Bengala	16	2.1
	Canadianas	20	0
	Andarilho	17	1.2
	Não utiliza	17	6.3

Analisando as médias obtidas do valor numérico de funcionalidade, no que se refere ao *género*, verifica-se que o feminino apresenta média superior em relação ao masculino. Este resultado vai ao encontro de Silva (2010) que, no seu estudo, conclui que os homens apresentam maior dependência em relação às mulheres. Por outro lado, Sposito, et al. (2010) indicam que na sua amostra as mulheres apresentam maior comprometimento funcional. Há ainda estudos que não encontram relação entre o género e o grau de funcionalidade, como acontece em Fontes, Botelho e Fernandes (2013).

Relativamente ao *tempo de institucionalização*, apresenta maior média do valor numérico de funcionalidade (20) o grupo de indivíduos institucionalizados no período entre os 37 e os 48 meses. Utilizando a correlação de Pearson, verifica-se que dado que o coeficiente obtido é -0.279, não existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de institucionalização e a funcionalidade. Contudo, indivíduos institucionalizados entre os 49 e os 60 meses, correspondentes ao maior período de institucionalização, apresentam a média mais baixa do valor de funcionalidade (10). Este valor vai ao encontro do já mencionado anteriormente acerca do aumento da dependência em idosos institucionalizados (Martins, 2006), indo também ao encontro do estudo elaborado por César (2010), cujo objetivo era comparar a funcionalidade dos idosos institucionalizados

no ano de 2007, com os resultados analisados em 2010, concluindo que houve um declínio funcional evidente, com o aumento progressivo da dependência.

Tendo em conta o *estado civil*, a categoria *solteiro* apresenta uma média do valor de funcionalidade máxima (20), enquanto *casado/união de facto* apresenta a média mais reduzida (11). Verifica-se também que a categoria *divorciado* apresenta uma média 19 e *viúvo* a média 16. Esta última categoria é aquela que abrange mais inquiridos, ou seja, 20 numa amostra de 26 participantes. Estes resultados não vão ao encontro do estudo de Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa (2014) que conclui que a funcionalidade é superior nos indivíduos casados/com companheiro, em relação aos sujeitos que não têm companheiro, englobando estes os que são solteiros, os divorciados e os viúvos.

Na variável *religião*, a média do valor numérico de funcionalidade na categoria *católica* é 16, e na categoria *outra* apresenta média de 20. À semelhança do que ocorreu na análise da resiliência, a categoria *outra* é apenas composta por um elemento da amostra, tendo este apresentado independência total (20).

Passando à *escolaridade*, a categoria *sabe ler/escrever* é aquela que apresenta uma média do valor de resiliência mais reduzida (17), seguindo-se da *não sabe ler/escrever* (19). Na análise da resiliência verificou-se que o maior grau de escolaridade correspondeu à média mais elevada; também nesta análise da funcionalidade se verifica essa relação, evidenciando-se assim a média do valor de funcionalidade 20, no grupo que completou o 2º ciclo do ensino básico.

No que se refere às *ajudas técnicas*, o grupo de indivíduos que utiliza *cadeira de rodas* é aquele que apresenta menor média do valor de funcionalidade (5), contrastando com a média 20 da categoria *canadianas*. Nas restantes categorias, os valores são bastante próximos, variando entre 16 e 17.

Para aprofundar a compreensão da funcionalidade na presente amostra n=26, considera-se relevante proceder à análise dos itens que compõem o IB (Quadro 9).

Quadro 9 - Itens do IB

Item/Grau	Independente	Necessita de ajuda	Necessita de ajuda mínima	Dependente
Alimentação	92.31% (24)	3.85% (1)		3.85% (1)
Vestir/despir	76.92% (20)	7.69% (2)		15.38% (4)
Banho	57.69% (15)			42.31% (11)
Higiene corporal	80.77% (21)			19.23% (5)
Uso da casa de banho	76.92% (20)	7.69% (2)		15.38% (4)
Subir/descer escadas	57.69% (15)			42.31% (11)
Transferência cadeira/cama	80.77% (21)		3.85% (1)	15.38% (4)
Deambulação	84.62% (22)			15.38(4)
	Independente	Incontinência ocasional	Incontinência	
Controlo intestinal	80.77% (21)	15.38% (4)	3.85% (1)	
Controlo vesical	73.08% (19)	19.23% (5)	7.69% (2)	

Como se pode verificar no Quadro 9, as diferentes atividades assumem valores distintos ao nível da dependência/independência. A *alimentação* é a tarefa na qual mais sujeitos apresentam *independência* (92.31%), conseguindo realizá-la com total autonomia sem necessitarem de apoio. Este resultado vai ao encontro do estudo de Dantas, Bello, Barreto e Lima (2013), sendo neste apontada também uma possível explicação para o facto de a alimentação ser a atividade que revela melhor desempenho. Este bom desempenho poderá dever-se à pouca exigência de desempenho motor, cognitivo e visual que a tarefa exige, podendo assim ser realizada por idosos com diferentes capacidades (Dantas, Bello, Barreto e Lima, 2013).

A *deambulação* é a segunda tarefa em que os sujeitos se mostram mais *independentes* (84.62%), pois mesmo aqueles que utilizam ajudas técnicas conseguem deslocar-se no interior ou no exterior da instituição. Este resultado, aliado ao facto de a maioria dos

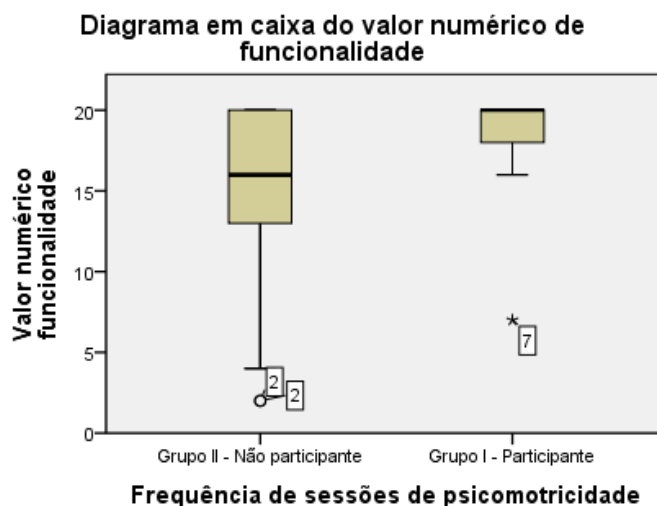
sujeitos ser dotado de controlo intestinal e vesical, vai ao encontro de Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), quando explicam que os défices na mobilidade (deambulação) estão geralmente associados a dificuldades no controlo dos esfíncteres, sobretudo do urinário. Neste caso, aplica-se o contrário, verificando-se que a independência na deambulação contribui para o controlo dos esfíncteres, apesar de a mobilidade estar associada aos músculos voluntários que são regulados pelo sistema nervoso central e a eliminação estar relacionada com os músculos involuntários que são regulados pelo sistema nervoso autónomo e sistema hormonal. Importa também salientar as razões socioculturais que podem estar relacionadas com os resultados positivos do controlo dos esfíncteres, pois abordar estas questões do foro da intimidade pessoal pode inibir os inquiridos, interferindo com a veracidade de resposta (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

As tarefas em que os idosos se apresentam mais dependentes são *banho* e o *subir/descer escadas*. Na tarefa *banho*, a *independência* abrange 57.69% dos indivíduos, ou seja, nesta atividade 42.31% dos idosos são *dependentes*. No caso dos idosos inseridos na categoria *dependentes*, a tarefa é assegurada por terceiros (Azeredo, 2011; Botelho, 2005). O *subir/descer escadas* conta também com 57.69% de utentes *independentes*. Este valor podem ser influenciado pelo facto de as instituições possuírem elevador e este ser utilizado por todos os idosos.

6.4 FUNCIONALIDADE NOS GRUPOS PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE

Relativamente ao valor numérico de funcionalidade, que varia entre 0 e 20, no grupo I a média obtida foi de 18.00 com desvio padrão de 3.582, mínimo 7 e máximo 20. Este mínimo 7 é um *outlier*, observável na Fig. 4, relativamente ao grupo I. O grupo II apresenta média de 14.23, com um desvio padrão de 6.966, mínimo 2 e máximo 20. Este mínimo é originado pelos *outliers* que se podem observar na fig. 4, correspondente ao grupo II.

Figura 4 - Diagrama de



Da análise do Quadro 10, acerca do grau de funcionalidade, verifica-se que no grupo I 53.85% dos sujeitos apresentam independência total, 38.46% revelam dependência moderada e 7.69% dependência total. No que diz respeito ao grupo II, verifica-se que 30.77% dos casos indicam independência total, 46.15% dependência moderada e, 23.08% assumem dependência total.

Quadro 10 - Grau de funcionalidade da amostra n=26

		Grupo I - Participante		Grupo II – Não participante	
		Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Válido	dependência total	1	7,69	3	23,08
	dependência moderada	5	38,46	6	46,15
	independência total	7	53,85	4	30,77
	Total	13	100,0	13	100,0

Iniciando agora a análise dos diferentes itens que constituem o IB, relativamente aos dois grupos do estudo (Quadro 11), verifica-se que no grupo I as tarefas em que os idosos se apresentam mais *dependentes* são o *banho* (30.77%) e o *subir/descer* escadas (30.77%). No grupo II, não participante nas sessões, de psicomotricidade, os idosos são mais *dependentes* também no banho, no subir/descer escadas e ainda no controlo vesical, verificando-se nestas 3 tarefas uma percentagem de 53.85% de *dependência*. Por outro lado, em ambos os grupos, os inquiridos são mais *independentes* na alimentação,

registrando-se uma percentagem de 100% de *independência* no grupo I e 84.62% no grupo II.

É ainda de salientar que no grupo I, 12 indivíduos (92.31%) são independentes na realização da higiene corporal, e na transferência cadeira/cama. No grupo II, nos mesmos itens, apenas 9 indivíduos (69.23%) apresentam independência.

Quadro 11 - Itens do IB - Grupos I e II

Item/Grau		Independente	Necessita de ajuda mínima		Dependente
Alimentação	I	100% (13)	0		0
	II	84.62% (11)	7.69% (1)		7.69% (1)
Vestir/despir	I	84.62% (11)	7.69% (1)		7.69% (1)
	II	69.23% (9)	7.69% (1)		23.08% (3)
Banho	I	69.23% (9)			30.77% (4)
	II	46.15% (6)			53.85% (7)
Higiene corporal	I	92.31% (12)			7.69% (1)
	II	69.23% (9)			30.77% (4)
Uso da casa de banho	I	84.62% (11)	7.69% (1)		7.69% (1)
	II	69.23% (9)	7.69% (1)		23.08% (3)
Subir/descer escadas	I	69.23% (9)	0		30.77% (4)
	II	46.15% (6)	0		53.85% (7)
Transferência cadeira/cama	I	92.31% (12)	0	0	7.69% (1)
	II	69.23% (9)	0	7.69% (1)	23.08% (3)
Deambulação	I	92.31% (12)	0	0	7.69% (1)
	II	76.92% (10)	0	0	23.08% (3)
		Independente	Incontinência ocasional		Incontinência
Controlo intestinal	I	100% (13)	0		0
	II	61.54% (8)	30.77% (4)		7.69% (1)
Controlo vesical	I	0	7.69% (1)		0
	II	15.38% (2)	30.77(4)		53.58% (7)

Também na *deambulação* o grupo I possui 92.31% dos indivíduos (12) na categoria *independente* e no grupo II, nesta mesma categoria, encontram-se 76.92% (10). Neste item há a categoria *independente com cadeira de rodas*, apesar de haver dois idosos, um em cada grupo, que utilizam a cadeira de rodas para se deslocar. Isto significa que esses idosos são dependentes nas suas deslocações, necessitando de alguém que guie a cadeira.

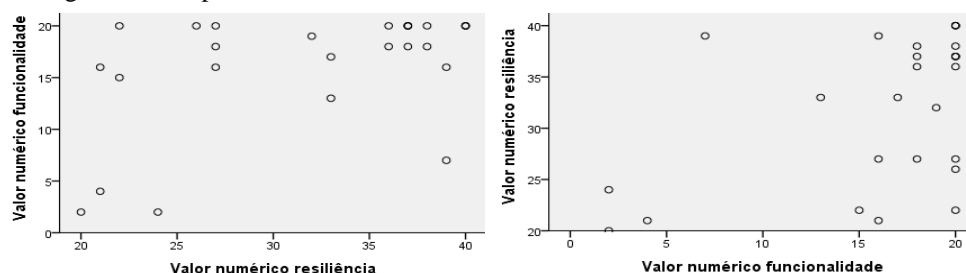
Analisando todos as diferenças retratadas anteriormente, pode concluir-se que a atividade que apresenta menor diferença entre os grupos ao nível das percentagens obtidas na categoria *independente*, é a *alimentação*. Nesta atividade, verifica-se uma diferença de 15.38%. Por outro lado, é encontrada maior diferença nas categorias *controlo intestinal*, pois existe uma diferença de 38.46%, na categoria *independente* entre os grupos I e II. Isto significa que na alimentação ambos os grupos têm um grau de funcionalidade aproximado, enquanto no controlo intestinal e vesical o grau difere consideravelmente pois no grupo I não há episódios de incontinência total, enquanto no grupo II isso se verifica em três sujeitos tendo em conta ambas as categorias.

Em todos os itens do IB o grupo I, participante nas sessões de psicomotricidade, apresentam valores superiores de independência, em relação ao grupo II, não participante, o que nos pode levar a confirmar o impacto positivo da intervenção psicomotora na funcionalidade dos idosos.

6.5 RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E FUNCIONALIDADE NA AMOSTRA

Um dos objetivos específicos do presente estudo é verificar a relação entre resiliência e funcionalidade na população, e vice-versa. A fim de visualizar a relação entre as duas variáveis, recorreu-se à elaboração do diagrama de dispersão (Fig. 5), em que os eixos representam as variáveis em estudo, os valores numéricos de funcionalidade e de resiliência.

Figura 5- Diagrama de dispersão - Resiliência e funcionalidade na amostra



A partir da análise do diagrama, verifica-se que a associação linear positiva que ocorre na relação entre estas duas variáveis é mais significativa na associação entre resiliência e funcionalidade, uma vez a concentração de valores é superior nesta associação. Assim, pode assumir-se de forma mais correta que, maior capacidade de resiliência corresponde a uma maior funcionalidade.

A fim de uma melhor compreensão da associação entre resiliência e funcionalidade, optou-se por recorrer ao coeficiente de correlação de Pearson. Verifica-se no Quadro 12 a existência de uma relação estatisticamente positiva ($r=0.480$) entre o valor numérico de resiliência e o valor numérico de funcionalidade. Assim, pode afirmar-se que um grau mais elevado de resiliência contribui para uma maior funcionalidade do sujeito. Na literatura não foram encontrados estudos que tenham procurado esclarecer estas relações, pelo que será importante uma exploração mais aprofundada, a fim de compreender melhor a influência verificada entre variáveis.

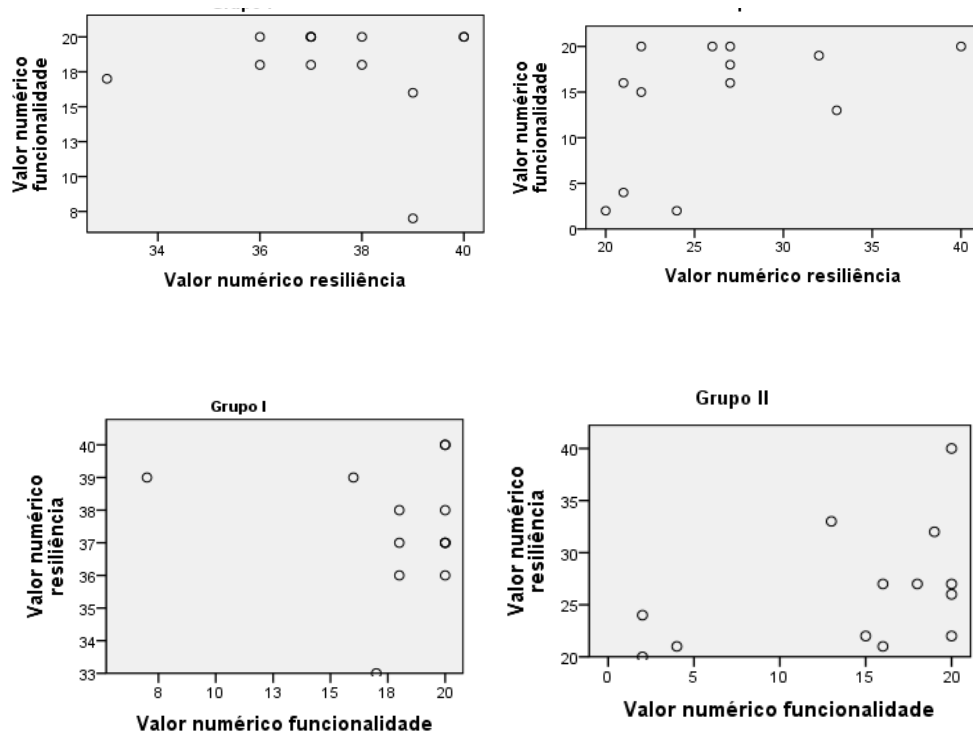
Quadro 12 - Correlação de Pearson entre resiliência e funcionalidade na amostra

			Valor numérico funcionalidade
Valor numérico resiliência	Correlação de Pearson		,480*
	Sig. (2 extremidades)		,013
	N		26

6.6 RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E FUNCIONALIDADE NOS GRUPOS PARTICIPANTE E NÃO PARTICIPANTE EM SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE

À semelhança da análise elaborada no subcapítulo anterior, também aqui se utiliza o diagrama de dispersão, a fim de obter mais informação relativamente à relação entre resiliência e funcionalidade.

Figura 6 - Diagrama de dispersão - Resiliência e funcionalidade nos grupos I e II



Da observação da Fig. 6, verifica-se que em ambos os grupos, à semelhança do que se verificou com a amostra, a relação é mais significativa entre resiliência e funcionalidade, havendo menor dispersão dos casos nesta relação. Contudo, no grupo II verifica-se maior disseminação dos valores, o que contribui também para reforçar o já dito, relativamente à maior variabilidade de respostas que foram recolhidas junto deste grupo.

Após ter sido elaborada a análise da relação entre resiliência e funcionalidade a partir dos diagramas de dispersão, vai ser de seguida analisada essa mesma relação, nos grupos I e II, recorrendo à correlação de Pearson (Quadro 13).

Quadro 13 – Correlação de Pearson entre resiliência e funcionalidade - grupos I e II

		Valor numérico funcionalidade	
		G I	G II
Valor numérico resiliência	Correlação de Pearson	,123	,466
	Sig. (2 extremidades)	,690	,109
	N	13	13
	N	13	13

Da análise do Quadro 13, há a salientar a relação estatisticamente positiva entre o valor numérico de resiliência e o de funcionalidade, no grupo II, com $r=0.466$. No grupo I, não há relações a salientar por o coeficiente de correlação ser baixo ($r=-0.123$). Esta não relação significativa, que acontece no grupo I, pode dever-se ao facto de as sessões de psicomotricidade influenciarem positivamente a resiliência e a funcionalidade, havendo menores diferenças entre estas variáveis, quando comparadas com o grupo II.

7. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo caracterizado por uma deterioração global e progressiva a vários níveis (Barreiros, 2006), contudo não deve ser encarado como um processo restrito à vulnerabilidade, uma vez que há idosos que encaram o envelhecimento de forma satisfatória (Henriqueto, 2013). É neste âmbito que surge a necessidade, cada vez mais crescente, dado os índices de envelhecimento também estarem a aumentar, de encontrar respostas adequadas ao idoso que contribuam para que a sua vivência diária seja mais eficaz. Estas respostas devem basear-se em intervenções focalizadas nas capacidades e necessidades específicas do sujeito, que vão também ao encontro do que é para si significativo.

Consideraram-se nesta investigação a resiliência e a funcionalidade, enquanto variáveis importantes para o idoso, que lhes permitem lidar com as alterações do envelhecimento mais positiva e eficazmente.

Os dados recolhidos para esta investigação, e a sua posterior análise, permitem concluir que dos 26 inquiridos, 50% têm capacidade de resiliência elevada, apresentando uma média de 31.88 no grau de resiliência que varia entre 0 e 40 pontos. Relativamente à funcionalidade, 42.31% dos sujeitos são totalmente independentes nas suas ABVD's, havendo 15.38% de pessoas totalmente dependentes. Há que considerar que, estes resultados relativos à funcionalidade podem ser influenciados pelo facto de que para poderem participar no estudo, os idosos deveriam possuir competências para compreender e responder às questões colocadas, o que pode contribuir para que a seleção restrinja a participação às pessoas mais independentes. Este é um dos fatores limitantes do estudo, a dificuldade em avaliar a resiliência em pessoas com maior comprometimento funcional e cognitivo, pode enviesar os resultados. Também a falta de informação socioprofissional relativa às atividades que os idosos desenvolviam previamente à sua institucionalização, é uma limitação do estudo, pois estas atividades podem, particularmente, influenciar a funcionalidade que os sujeitos apresentam atualmente.

Relativamente à relação entre resiliência e funcionalidade e as variáveis sociodemográficas da amostra, há a salientar que as pessoas do género feminino são mais resilientes, apresentando uma média de resiliência de 32, em comparação com a média 31 do género masculino. Esta investigação também permite concluir que as idosas do género feminino são mais funcionais, pois obtiveram média de 17, e o género masculino, média 13. O aumento do tempo de institucionalização reflete-se numa menor capacidade de resiliência e menor funcionalidade e que no menor nível de escolaridade há menor capacidade de resiliência e menor funcionalidade.

A fim de se estudar o impacto de uma intervenção focada no idoso de forma holística, que influencie positivamente a sua resiliência e funcionalidade, surge a pertinência de neste estudo se verificar se a psicomotricidade, enquanto metodologia de intervenção, em particular no contexto de idosos institucionalizados, é uma abordagem eficaz. A análise dos dados recolhidos da presente investigação revelou que a participação em sessões de psicomotricidade tem um impacto positivo tanto na resiliência como na funcionalidade do idoso.

O grupo de idosos, participante nas sessões de psicomotricidade (Grupo I) tem maior grau de resiliência e de funcionalidade, quando comparado com o grupo não participante (Grupo II), tendo assim maior capacidade para enfrentar as adversidades que a vida lhes coloca de forma positiva e maior independência na realização das AVD's. Ao nível da resiliência, o grupo I revela uma média de 37.46 e o grupo II média de 26.31. Relativamente à funcionalidade, o grupo I apresenta uma média de 18.00 do grau de funcionalidade, comparado com a média 14.23 obtida pelo grupo II. Assim verificam-se as hipóteses 2 e 3 desta investigação.

Ao nível da resiliência, o grupo I apresenta maior capacidade para minimizar os efeitos negativos das adversidades, mas ambos os grupos têm dificuldades em manter a serenidade em situações de stresse. No que se refere à funcionalidade, os grupos participante e não participante em sessões de psicomotricidade, assumem maior independência ao nível da alimentação e maior dependência no banho e no subir/descer escadas.

A fim de se compreender se existe relação entre resiliência e funcionalidade, ponderando que a baixa capacidade de superar as adversidades pode levar a uma falta de motivação

para a concretização das atividades quotidianas, aumentando a incapacidade, ou que a dificuldade na execução destas atividades pode baixar a capacidade de resiliência, estudou-se nesta investigação estas possíveis relações. Conclui-se que o facto de a amostra ser reduzida comprometeu este estudo, mas ainda assim verifica-se a influência da resiliência sobre a funcionalidade, corroborando-se a primeira hipótese considerada neste estudo, relativa à associação entre uma maior capacidade de resiliência e maior funcionalidade.

Assim, é de extrema importância que as intervenções direccionadas ao idoso vão para além do trabalho das AVD's e da componente somente funcional, deve haver enfoque também nos fatores de risco e de proteção (fatores sobretudo psicológicos) que estejam ligados à resiliência. É importante oferecer a oportunidade de se vivenciarem dinâmicas que permitam ao idoso desenvolver a sua autoestima e autoeficácia, para além de se garantir o apoio social e familiar. Importa permitir o acesso a atividades significativas que mantenham o sentido de utilidade social que é muitas vezes abalado com a entrada na reforma e, ainda mais, com a institucionalização, deve-se apoiar a pessoa em eventuais processos de luto, de outras pessoas próximas, mas também luto das suas próprias capacidades, para além de se dever apoiar no envelhecimento patológico e no lidar com as doenças. O papel do psicomotricista e da psicomotricidade, enquanto metodologia de intervenção, é importante, pois permite o trabalho funcional e dos constructos de cariz psicológico, oferece novas oportunidades ao idoso.

Vários estudos concluem que um comportamento mais ativo da população idosa surte efeitos positivos a nível psicológico e biológico. As sessões de psicomotricidade contribuem para esse tipo de comportamento, verificando-se o aumento da autoestima por exemplo, para além da melhoria das funções psicomotoras que se reflete numa maior funcionalidade (Vicente, 2014), como se verificou nesta investigação. Há a salientar a importância da avaliação e da intervenção precoce, no âmbito preventivo, pois poderá retardar-se o aparecimento de algumas perdas (Sposito, et al., 2010) ou quando estas já apareceram, passando para o âmbito terapêutico (Almeida, 2013), a intervenção pode retardar o aumento da dificuldade.

Face ao exposto, pensa-se que esta investigação surge como um contributo importante para se verificar o impacto específico da psicomotricidade em duas variáveis essenciais

para a vida do idoso, a resiliência e a funcionalidade. Contudo, este estudo assume uma abordagem exploratória, podendo servir de base para estudos posteriores e mais aprofundados.

É de salientar que, no geral, a amostra apresenta uma capacidade de resiliência elevada e um grau de dependência moderada, mas, ainda, assim poderá haver um trabalho a desenvolver com os idosos. É fundamental proporcionar respostas adequadas para a população institucionalizada, neste caso, e ir ao encontro das suas necessidades, das suas capacidades e dos seus gostos. É necessário encontrar caminhos que permitam ao idoso usufruir dessas respostas, neste caso da psicomotricidade que ainda é uma área desconhecida para grande parte da sociedade, mas que se destaca pela sua abordagem holística da componente motora, cognitiva e afetiva.

FONTES DE INFORMAÇÃO

- Afonso, M. (2012). Stress, Coping e Resiliência em pessoas idosas. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-66.
- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2013). *Psicologia do adulto idoso*. Lisboa: Edições Piaget.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade - jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicosoma.
- Almeida, A. J., & Rodrigues, V. M. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 16(6).
- Anaut, M. (2005). *A resiliência - ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi editores.
- Antunes, G., Mazo, G. Z., & Balbé, G. P. (2011). Relação da autoestima entre a perceção de saúde e aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista da educação física UEM*, 22(4), pp. 583-589.
- APP (2015). *Psicomotricidade em Portugal*. Obtido em 15 de outubro de 2015, de Psicomotricidade em Portugal: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Psicosoma.

- Balbé, G. P. (2011). *Fatores associados à resiliência entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico*. Dissertação de mestrado para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração de Atividade Física e Saúde - Universidade do Estado de Santa Catarina.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), pp. 3317-3325.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. Em J. Barreiros, M. Espanha, & P. Correia, *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: FMH edições.
- Bérges, J. (1985). *Alguns temas de investigação em psicomotricidade*. Cruz Quebrada: UTL ISEF.
- Bodstein, A., Lima, V. V., & Barros, A. M. (2014). A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente e Sociedade*, XVII(2), pp. 157-174.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ciribelli, M. C. (2003) “Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica.” Rio de Janeiro: 7 letras.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Edições Almedina.
- Couto, M. C., Koller, S. H., & Novo, R. F. (2006). Resiliência no envelhecimento: risco e proteção. Em D. V. Falcão, & C. M. Dias, *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 315-337). Brasil: Casa do psicólogo.
- Couto, M. C., Novo, R. F., & Koller, S. H. (2009). Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. Em D. V. Falcão, & L. F. Araújo, *Psicologia do envelhecimento* (pp. 27-44). Brasil: Alínea Editora.

- Cozinheiro, S. (2009). Uma reflexão sobre a identidade do idoso. Em R. Vieira, C. Margarido, & M. Mendes, *Diferenças Desigualdades Exclusões e Inclusões* (pp. 119-132). Porto: Edições Afrontamento.
- Dantas, C. M., Bello, F. A., Barreto, K. L., & Lima, L. S. (2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), pp. 914-920.
- Deep, C. A., & Pereira, I. (2012). Adaptação da "The resilience scale" para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23(2), pp. 417-433.
- Dry, J. (1978). Biologia do envelhecimento normal e patológico. Em A. V. Morgado, *Psicopatologia da Terceira Idade* (pp. 13-29). Lisboa: Departamento Científico dos Laboratórios Vitória.
- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health*, 19(11), pp. 1015-1021.
- Fédération Française des Psychomotriciens;. (s.d.). Obtido em 23 de outubro de 2015 em <http://www.psychomotricite.com/ffp/fr/articles/La-psychomotricite-pour-qui--Comment/La-psychomotricite-pour-qui--Comment/article-67/Comment-travaille-le-psychomotricien/>
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da resilience scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), pp. 73-80.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fillenbaum, G. G. (1984). The wellbeing of the elderly - Approaches to multidimensional assessment. *WHO Offset Publication*(84).
- Fonseca, A. M. (2005a). O envelhecimento bem-sucedido. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 280-311). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Editora Âncora.
- Fonseca, V. (2005b). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora - significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V., & Martins, R. (2001). *Progressos em psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH edições.
- Fontes, A. P. (2014). *Conceptualização, Estrutura e Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Loures: Lusodidacta.
- Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2013). A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), pp. 91-107.
- Fortes, T. F., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26(4), pp. 455-463.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Gratão, A. C., Talmelli, L. F., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da escola de enfermagem*, 47(1), pp. 137-144.
- Greene, R. (2014). Resilience as Effective Functional Capacity: An Ecological-Stress Model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24, pp. 937-950.
- Henriqueto, S. M. (2013). *A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na adaptação ao envelhecimento*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação.

- INE. (2015). *Indicadores resumo sobre a população*. Obtido em 27 de dezembro de 2015, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=46&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.
- Júnior, R. C., & Tavares, M. d. (2004). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, saúde e educação*, 9(16), pp. 147-158.
- Kessel, G. V. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34, pp. 122-127.
- Laranjeira, C. A. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), pp. 327-332.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista referência*, 2(4), pp. 61-68.
- Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(Especial), p. 09.
- Lopes, R. F., Lopes, M. T., & Camara, V. D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH Passo Fundo*, 6(3), pp. 373-381.
- Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia*. Reichmann & Affonso Editores.
- Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, pp. 229-237.
- Lustosa, L. P., Marra, T. A., Pessanha, F. P., Freitas, J. d., & Guedes, R. d. (2013). Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de

- convivência em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), pp. 347-354.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. — Functional evaluation : the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 14 (1965) 61-65.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade - as práticas entre o instrumental e o relacional. Em V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: FMH edições.
- Martins, R. M. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. Obtido em 1 de fevereiro de 2016, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>
- Meurer, S., Luft, C., Benedetti, T., & Mazo, G. (2012). Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*, 8(4), pp. 5-15.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), pp. 207-221.
- Oliveira, A. K., Ribeiro, C. G., Formiga, R. I., & Sousa, S. J. (2015). Resiliência de pessoas idosas em ILPI da Cidade de João Pessoa. *Anais CIEH*, 2(1).
- Oliveira, C. M. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Oliveira, E. R., Gomes, M. J., & Paiva, K. M. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória - ES. *Escola Anna Nery*, 15(3), pp. 518-523.
- Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- OMS. (2002). *Active Ageing A Policy Framework - A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid.
- OMS (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa

- OMS. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília.
- OMS. (2010). Definition of an older or elderly person. Geneva, Switzerland. Obtido de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, E. E., Souza, A. B., Carneiro, S. R., & Sarges, E. d. (2014). Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), pp. 165-176.
- Pereira, F. A. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 2(1), pp. 6-10.
- Pesce, R., Assis, S., Avanci, J., Santos, N., Malaquias, J., & Caravalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de saúde pública*, 21(2), pp. 436-448.
- Phillips, J., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, pp. 1096-1100.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do isoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinheiro, D. P. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo*, 9(1), pp. 67-75.
- Quivy, R. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações.
- Resende, M. C., Ferreira, A. A., Naves, G. G., Siqueira, F. M., Roldão, D. F., Sousa, K. G., & Abreu, S. A. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), pp. 591-608.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.

- Rio, V. (2004). *Manual práctico de psicomotricidad para personas mayores*. Madrid: Dilema editorial.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57(3), pp. 316-329.
- Santos, S. S., Lopes, M. J., Vidal, D. A., & Gautério, D. P. (2013). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), pp. 789-783.
- Schneider, R. H., Marcolin, D., & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, 18(1), pp. 4-9.
- Silva, C. A., Carvalho, L. S., Santos, A. C., & Menezes, M. d. (2007). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto, Contexto, Enfermagem*, 16(1), pp. 97-104.
- Silva, J. S. (2010). *Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado integrado em psicologia da Universidade de Lisboa - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica.
- Silva, M. C., & Lautert, L. (2010). O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamento promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44(1), pp. 61-67.
- Silva, M. d., & Ferreira-Alves, J. (2012). O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 25(3), pp. 588-595.
- Simões, C. (2005). Resiliência e saúde. Em M. G. (ed), *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 51-60). FMH edições.
- Simões, M. C., Matos, M. M., Ferreira, M., Tomé, G., & Diniz, J. M. (2009). *Risco e resiliência em adolescentes com NEE - estado de arte*. Lisboa: Aventura social e saúde.

- Soares, F. M. (2005). O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(1), pp. 86-95.
- Segurança Social (2015). *Apoios sociais e programas*. Obtido em 10 de janeiro de 2016 em <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Sousa, C. S., & Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação e Realidade*, 40(1), pp. 33-51.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Lisboa: Ambar.
- Souza, M. T., & Cervený, C. M. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de psicologia*, 40(1), pp. 119-126.
- Trentini, C. M., Werlang, B. S., Xavier, F. M., & Argimon, I. I. (2009). A Relação entre Variáveis de Saúde Mental e Cognição em idosos viúvos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 22(2), pp. 236-243.
- Truffino, J. C. (2010). Resilience: an approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3(4), pp. 145-151.
- Valada, M. J. (2011). *A arte da vida: caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Valcarenghi, R. V., Santos, S. S., Barlem, E. L., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), pp. 828-833.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo*, 8(esp), pp. 75-84.

ANEXOS

ANEXO I – FORMULÁRIO CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado

Chamo-me Marisa Lopes Vieira, sou estudante do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, e encontro-me a elaborar um estudo que tem como objetivos avaliar a resiliência (características das pessoas que permitem às mesmas adaptarem-se de forma positiva a situações adversas) e a funcionalidade (capacidade de concretizar as atividades do quotidiano gerir a sua vida de forma independente) e comparar os resultados entre pessoas que frequentam sessões de psicomotricidade e que não frequentam.

Para tal, necessito de aplicar um questionário sociodemográfico, uma escala para avaliar a resiliência, e uma escala para avaliar a funcionalidade.

A informação recolhida será confidencial, o que significa que nunca vou revelar nem divulgarei nada que possa identificar as pessoas que responderam e participaram no estudo.

Os resultados do estudo serão apresentados na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Assim, gostaria de poder contar com esta instituição para a realização do estudo. Se concorda, pedia-lhe que assinasse esta folha, na qual declara:

1. Que foi esclarecido(a) acerca do que vai ser estudado e o que pretendem da instituição,
2. Que responderam a todas as dúvidas que colocou,
3. Que aceita que os idosos elegíveis para o estudo possam participar no mesmo, respondendo ao questionário sociodemográfico e às duas escalas mencionadas.

A investigadora,

Marisa Vieira

O representante da instituição,

Data

ANEXO II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade

2. Género

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. Data institucionalização

Exemplo: 15 de dezembro 2012

4. Estado civil

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)/União de facto
☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

5. Religião

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Católica
☐ Testemunha de Jeová
☐ Sem religião
☐ Outra: _____

6. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não sabe ler/escrever
☐ Sabe ler/escrever
☐ Ensino primário
☐ 2º Ciclo do ensino básico
☐ 3º Ciclo do ensino básico
☐ Ensino secundário
☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

7. Utiliza ajudas técnicas?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Cadeira de rodas
☐ Bengala
☐ Muleta
☐ Andarilho
☐ Não utilizo
☐ Outro

8. Que atividades costuma fazer (por exemplo para ocupar o tempo)?

ANEXO III – EAGR (JARDIM E PEREIRA, 2006)

Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR)

Itens		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	Perante as adversidades da vida, continuo a lutar até atingir os meus objetivos.	1	2	3	4	5
2	Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade.	1	2	3	4	5
3	Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
4	Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.	1	2	3	4	5
5	Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.	1	2	3	4	5
6	Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.	1	2	3	4	5
7	Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.	1	2	3	4	5
8	Quando a vida me coloca novos desafios, considero-os oportunidades para amadurecer.	1	2	3	4	5

ANEXO IV – IB (MAHONEY E BARTHEL, 1965)

Índice de Barthel

Item	Atividades Básicas de Vida Diária	Cotação
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável). Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.).	2
	Dependente	1
		0
Vestir/Despir	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	2
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas mas realiza-as em tempo razoável).	1
	Dependente	0
Banho	Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).	1
	Dependente	0
Higiene Corporal	Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).	1
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	2
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se a ajustar a roupa).	1
	Dependente	0
Controlo intestinal	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, faz sozinho).	2
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microlax).	1
	Incontinência Fecal	0
Controlo vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho).	2
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda com sonda ou coletor).	1
	Incontinência vesical	0
Subir/descer escadas	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	2
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física/supervisão para subir/descer escadas).	1
	Dependente	0
Transferência cadeira/cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	3
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	2
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	1
	Dependente	0
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50m sozinho ou com ajuda de ajudas técnicas).	3
	Necessita de ajuda (caminha 50m com ajuda ou supervisão).	2
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50m)	1
	Dependente	0